COUNTWAY LIBRARY
HC 4ZZG X

EQUINOCOCOSIS PULMONAR EN LA INFANCIA

BIBLIOTECA de la FACULTAD de CIENCIAS MEDICAS
SECCIÓN CANJE
BUENOS AIRES

20 M64

Dr. Carlos Lagos García

OBRA PUBLICADA

POR

LA COMISION PRO-HOMENAJE

A LA MEMORIA

DEL

DR. CARLOS LAGOS GARCIA

Sobre la mesa de trabajo del doctor Lagos García, quedaron, la mañana de su fallecimiento inesperado y repentino, los originales de esta obra. Ellos estaban tales como el autor los retirara días antes de la Institución Mitre, después de habérsele adjudicado el Primer Premio en el concurso auspiciado por dicha Institución a la mejor producción científica.

Quienes conocíamos de cerca al doctor Lagos, sabíamos que esperaba el momento oportuno para llevarlos a la imprenta, y sabíamos, también, del valor intrínseco de este libro, que no se acrecentaba por mérito del premio recibido. Fué natural y lógico que, atenuada la consternación que su fallecimiento produjera, un espontáneo deseo de realizar nosotros lo que él hubiera hecho, nos llevara a retirar de su mesa los originales de la obra, entregándolos a la imprenta.

La notoriedad del autor en el estudio clínico - quirúrgico de la hidatidosis en la infancia data de veinte años atrás, cuando publicó su tesis "Quistes hidatídicos en los niños", premiada también por la Facultad de

Ciencias Médicas de Buenos Aires. Y esta obra que hoy publicamos no viene a ser sinó un segundo tomo de su tesis y en el cual el autor ha puesto veinte años de experiencia continuada.

Que ella sirva para que sus contemporáneos y las generaciones venideras puedan aprender de fuente pura y bien conocedora lo que la equinococosis pulmonar es en los niños.

La Comisión.

Buenos Aires, Junio 10 de 1929.

A LA MEMORIA

DEL

DR. ANGEL M. CENTENO

(DEDICATORIA
DEL AUTOR)

INTRODUCCION

LA EQUINOCOCOSIS HIDATIDICA PULMONAR EN LA INFANCIA

Hace ya próximamente veinte años, cuando escribimos nuestra tesis de doctorado, (1) dijimos: Una nomenclatura racional de las enfermedades parasitarias nos obliga a designar a estas por medio de palabras o vocablos cuya radical exprese el nombre genérico del parásito productor de la enfermedad, y al cual sigue luego un sufijo adecuado; de esta manera tenemos denominaciones exactas y lógicas, olvidando los nombres antiguos, propuestos cuando la naturaleza de las enfermedades no se conocía y cuando un solo síntoma bastaba para imponer un nombre.

Colocándonos en nuestro caso particular y siendo la tenia equinococus la causante de la enfermedad que nos proponemos estudiar, llamaríamos "equinococosis" a dicha enfermedad.

A este respecto deseo recordar la frecuencia con que entre nosotros empleamos la palabra *equinocosis*

(1) Doctor Carlos Lagos García. Quistes Hidatídicos en los Niños. Tèsis de doctorado. Año 1908. Buenos Aires. Pág. 5 y siguientes.

en lugar de *equinococosis;* si bien representa un abreviativo, está reñida con una buena etimología.

Pero, por otra parte, es necesario considerar que es únicamente un estado del parásito, el estado vesicular o hidátide, el que constituye la enfermedad, tal cual como nosotros la encaramos, de manera que también habría razones para que la palabra *hidátide* entrara como radical en la denominación: *hidatosis* o *hidatidosis,* de hidátide, llamaríamos entonces a la enfermedad. ¿Cuál de las dos, *hidatidosis* o *equinococosis,* se debe conservar? Creo que por separado no es posible conservar ninguna; en cambio combinadas deben conservarse las dos.

Por separado, ninguna de las dos, porque cualquiera de ellas abarca más de lo que realmente queremos expresar. Necesitamos un término que abarque única y exclusivamente a la enfermedad determinada por el estado vesicular de la "tenia equinococus" común, por lo que vulgarmente llamamos *quistes hidatídicos.*

El término de *hidatidosis* comprende no solamente los *quistes hidatídicos* sino que comprende otras producciones igualmente enquistadas e hidáticas que se encuentran estudiando la evolución de otros parásitos; tales son, por ejemplo, los cisticercos.

A su vez, el término de *equinococosis* nos resulta también amplio por las razones siguientes: fuera de la equinococosis común hay también otra equinococosis, la alveolar, en que los últimos estudios tienden a presentarla como una enfermedad específica. Posselt,

entre otros, en 1904, ha logrado obtener, infectando perros con un tumor equinocócico alveolar, varios ejemplares de una tenia equinococus común, y a la que ha propuesto llamarla *tenia equinococus alveolar.*

Pero, ahora bien; si nosotros combinamos ambos términos, de manera que no solamente se exprese el nombre genérico del parásito sino también la forma que le caracteriza, llegaremos a la verdadera expresión de lo que realmente queremos indicar; así diremos *equinococosis hidatídica* o *hidatidosis equinocóccica.* Las otras hidatidosis a que hicimos alusión (cisticerco cellulosae, cisticerco pisiformis, cisticerco tenuicollis, etc.), quedan excluídas de nuestra denominación por no ser equinocóccicas, del mismo modo que la equinococosis alveolar queda excluída también por no ser hidatídica".

Nuestro único fin, al traer a colación las líneas que anteceden, es recordar la orientación que pretendimos dar a los términos, cuando en 1908 nos ocupamos del asunto. Hoy, cuatro lustros después, vale la pena volver sobre el punto, porque, dicho en honor de la verdad, muy poco hemos adelantado en la perfección de la terminología; pero, a pesar de ello — apresurémonos en reconocerlo — los conocimientos de la enfermedad han progresado notablemente, y los autores que nos hemos ocupado de ella nos seguimos entendiendo, pese a los impropios términos empleados.

Ha sido con motivo de la celebración de nuestro segundo Congreso Nacional de Medicina — en octubre del año 1922 — que el término de "hidatidosis", para

designar a la enfermedad que tanto preocupa a la intelectualidad médica argentina, ha alcanzado casi una consagración. La "Hidatidosis" ha figurado como tema oficial de ese Congreso, y el término, así dicho, se lee como título en el volumen donde figuran todas las actas y los trabajos concernientes a la enfermedad que, con tan fausto acontecimiento científico, se libraron o se produjeron en el país. Fué también en la sesión inaugural de aquel Congreso — octubre 1.° de 1922 — que su digno Presidente, el Doctor Pedro Escudero, en cierta parte de su discurso, nos dijo: "Hemos adoptado el nombre de *hidatidosis* para designar la enfermedad que constituye el tema oficial del Congreso. Muchas han sido las denominaciones propuestas: equinococosis, enfermedad hidática, equinococosis hidatídica, hidatidosis equinocóccica, quiste hidático, tumor hidático, hidátide. Los franceses la denominan *echinococose, kyste hydatique;* los ingleses, *hydatic disease;* los alemanes, *Echinokoken krankheit,* para no citar sino los países en que más se ha estudiado esta enfermedad".

"La ingestión de un huevo de *tenia echinococus* deja en libertad el embrión, hexacanto, el que, alojado en un tejido, representa la forma larvada de la tenia; este cisticerco, denominado *hidátide* o *equinococo,* constituye la causa de la enfermedad. Teniendo en cuenta que la terminación "oosis" es un sufijo que denota generalmente estado morboso, como cuando decimos verminosis (de vermes), tuberculosis de (tubérculo), esteatosis de (grasa), ¿cuál sería la denominación más

adecuada: *equinococosis* o *hidatidosis?* Lagos García es tal vez de los pocos autores que han estudiado este asunto con algún interés; teniendo en cuenta que no todas las equinococosis son hidáticas, como pasa con la alveolar, que no todas las hidatidosis tienen por origen una larva de equinococo, propone el nombre de *equinococosis hidática* o *hidatidosis equinocóccica,* pero llama la atención que a su magnífica tésis la denominara *"Quistes hidatídicos en los niños"*, en vez de llamarla *"Equinococosis hidatídica en los Niños"*. Es posible que por eufonía se haya inclinado a adoptar el primer título".

*
* *

No siempre en medicina las enfermedades llevan un nombre adecuado o el que legítimamente les corresponde, pero necesario es declarar también que estas fallas bautismales — fallas que involucran un error o una injusticia — no únicamente se contemplan en las denominaciones médico - científicas.

Fué ya otra vez y en otro terreno que con motivo de la denominación inapropiada con que se nombra a una enfermedad — el raquitismo — y refiriéndonos a su ilegitimidad dijimos, en un opúsculo aparecido en el año 1925 (1): "Quizá la mente impresionada de los primeros observadores, con enfermos donde la incurvación de la columna dominaba la escena, fué el mo-

(1) Doctor Carlos Lagos García. El raquitismo y los miembros inferiores. Semana Médica. Año 1925.

tivo para que una inadecuada denominación usurpase derechos que el tiempo se encargó luego de legitimarlos, no obstante la protesta y la reclamación. Y es curioso ver, cómo en la ciencia, tan celosa y afecta a la verdad, se cobijan a veces errores que por el solo hecho de ser harto conocidos, se les deja vivir, como si la delatación por sí sola bastara para hacerlos inofensivos y para dejarlos perpetuar''.

''No nos extrañemos, por demás, con lo que ocurre respecto al término de ''raquitismo'', cuando vemos a la Biología sosteniendo la ''célula'' término que encierra un concepto erróneo sobre la unidad histológica del organismo, y tampoco pensemos que la injusticia de los nombres sólo se comete en las denominaciones médico-científicas. Colombia y no América debió llamarse el Continente de Colón!''

Una serie de semejantes consideraciones podríamos quizá hacer con motivo de las denominaciones usadas para designar la afección originada en el hombre por el desarrollo del estado vesicular de la tenia equinococus. Así vemos que hoy, y no obstante la advertencia y delatación de casi todos los autores, el nombre que encierra un craso error, desde el punto de vista anátomo-patológico, es, sin embargo, el que más se emplea para designar al proceso originado por el desarrollo vesicular del parásito. El viejo término de ''quiste hidatídico'', a pesar de su manifiesta impropiedad, sigue, no obstante, usándose en las comunicaciones y publicaciones científicas, pese a los esfuerzos que en contra de esa defectuosa terminología han

hecho y hacen—con justa razón— los autores puristas que desean que, de una vez por todas y a costa de cualquier esfuerzo, se concluya con tan impropia expresión. Mucho es de temer que la fuerza de la costumbre constituya un insalvable obstáculo ante el cual nada pueda tan loable campaña y que las hidátides, sigan, inadecuadamente, llamándose siempre "quistes hidatídicos".

Es, seguramente, por la fuerza de la costumbre que los autores que hemos criticado el término usual le seguimos, no obstante, usando. No es ciertamente por razones de eufonía— tan maltrecha con frecuencia en la terminología médica—que hemos llamado "quistes hidatídicos" a lo que debiéramos haber designado con el nombre de "hidátides equinocóccicas". Es que, puesto en claro el error que el término encierra, seguimos con él, sin que hoy por hoy, se pueda desterrarlo de nuestras expresiones médicas. La mejor prueba de ello la tenemos en nuestro próximo pasado Congreso de Medicina, en el que todos los autores que contribuyeron con relaciones y trabajos sobre la hidatidosis equinocóccica, emplearon, a sabiendas, el término impropio y repudiado, cooperando así, por despreocupación, en el afianzamiento de un nombre que no corresponde. No ha faltado, sin embargo, en dicho Congreso, y de voz autorizada, un voto o anhelo en obsequio de la buena nomenclatura: "Hoy, diez años después de la publicación de mi libro —ha dicho en su discurso inaugural el Doctor Escudero — creo en la necesidad de modificar la nomen-

clatura empleada, cualquiera sea el esfuerzo que haya que hacer. La expresión errónea involucra un concepto falso; llamar *quiste* a lo *enquistado*; si para nosotros no hay equivocación, porque asignamos un concepto exacto a un término usado impropiamente, no sucede así con los europeos. Ello ha dado lugar a apreciaciones jocosas: Lepicard, después de criticar la expresión "membrana periquística"—crítica que nos parece justa—dice lo siguiente, al hablar de los pioneumoquistes del pulmón (forma clínica que rechazamos en nuestro libro): "El autor argentino se ha figurado que pioneumoquiste quería significar que el aire se acumulaba en la misma cavidad de la vesícula madre, porque él designa con el nombre de quiste a la vesícula adventicia". Nos parece innecesario declarar que el equívoco parte tanto de nuestra terminología impropia... como de la perspicacia del autor francés.

A pesar de toda la justicia que encierran los votos formulados, mucho nos tememos—tal es el arraigo de la expresión "quistes hidatídicos"—que en un próximo Congreso la terminología no varíe, y se siga empleando el nombre impropio que utilizamos ahora. A pesar de ello—debiera estar demás esta advertencia—el error nominal no involucra un error de fondo o de concepto, no siendo entonces el caso de explotar la impropiedad, reconocida unánimemente, del término, para buscar equívocos o malentendidos. Y cierto es también que no vale la pena desterrar teóricamente la expresión, si luego se ha de ultizirla, no obstante, en la práctica de las presentaciones o publicaciones científicas.

Consecuentes nosotros con una manera de pensar que ya emitimos, no creemos que la enfermedad originada por el estado vesicular de la tenia equinococus deba designarse simplemente con el nombre de "hidatidosis". Si es verdad que esta es una designación fácil y corta, que nos resulta cómoda y que la usamos en nuestras publicaciones, en carácter abreviativo, su extrema simpleza, precisamente, se opone a que ella abarque o signifique únicamente lo que corresponde. Teniendo en cuenta que no todas las hidátides (hidátides de Morgagni y sesil, mola hidatiforme, hidroceles, quistes inflamatorios, etc.) son parasitarios, el término general de "hidatidosis" no corresponde a la designación de la enfermedad. Indispensable es que el término que designe a la afección originada por las hidátides denuncie también su origen o naturaleza, única forma de que quede expresada la verdadera causa de la afección—la tenia equinococus—y no únicamente uno de sus estados, el estado vesicular o de hidátide.

Es también por razones que ya emitiéramos, que el término de "equinococosis", con que muchos autores han nombrado a la enfermedad, no nos parece el más apropiado en la designación. Si bien es verdad que en su última instancia las hidátides no son sino un estado de la equinococus, verdad es también, que en lo que concierne a la patología humana, solo el estado vesicular del parásito es lo que interesa. A esto agréguese que la equinococosis no siempre adopta la forma hidatídica, sino que también, y como constituyendo

una afección aparte, la equinococcosis presenta aún su forma alveolar. Y a mayor abundamiento añadamos todavía, que existe, si bien como una manifestación atípica, una forma tuberculosa de la equinococcosis.

Es con objeto de simplificar y de distinguir, que se ha propuesto en nuestro último Congreso designar "hidatidosis" a la afección originada por los llamados "quistes hidatídicos", y reservar el nombre de "equinococósis" a la enfermedad producida por los quistes alveolares, enfermedad cuya naturaleza no se conoce aún con exactitud. Veamos los fundamentos de esta innovación, propuesta por Escudero:

"Desde la última mitad del siglo pasado—dice—hasta la fecha, han aparecido las denominaciones más variadas, teniendo por base los términos *hidátide* y *equinococus*. Nosotros, teniendo en cuenta que la forma vesicular de la vejiga hidática es la manifestación mórbida más saliente y característica: que el diagnóstico de la enfermedad depende del volumen, tamaño y localización de las vesículas hidáticas: que las larvas que no vesiculizan (equinococo) no interesan al médico, que en raras excepciones, tal cual pasa en la pseudo-tuberculosis peritoneal hidática de Dévé: que las larvas que en su crecimiento llegan a formar una vesícula llena de agua (hidátide) constituyen la verdadera enfermedad, hemos elegido el nombre de *hidatidosis* para denominar la generalización de los quistes hidáticos".

"Si no bastaran las razones aducidas, preferiríamos el término propuesto, por eufonía. Cardenal des-

cribe la *equinococosis* como una "afección producida por el desarrollo en el hombre de la tenia equinococus". No aceptamos esta definición, porque se presta a confusión, pero la hemos citado para reforzar nuestro modo de pensar".

"Dévé, sin estudiar el paralelo entre hidatidosis y equinococosis, se inclina por esta última denominación, "porque permite oponer los dos términos: *equinococosis hidática* y *equinococosis alveolar*".

"No acompañamos al ilustre hidatólogo de Rouen. Hay una diferencia fundamental entre la equinococosis hidática (a la que reservamos el nombre de hidatidosis) y la alveolar (para la que proponemos el nombre de equinococosis). La primera origina tumores líquidos y debemos reservarle el nombre de *hidatidosis;* la segunda engendra tumores sólidos y debemos reservarle la palabra *equinococosis* que etimológicamente quiere decir tumoración sólida".

"En resumen, creemos que los dos términos deben ser conservados para denominar dos procesos diferentes: hidátide, para denominar la forma larvada de una tenia del perro, la *teniae echinococus; quiste hidático,* para designar el enquistamiento de la larva en el interior de los órganos; *hidatidosis,* para denominar la enfermedad caracterizada por la generalización de hidátides enquistadas o no".

"En cambio, proponemos que se reserve el término *equinococo* para designar el tumor sólido, alveolar, no hidatígeno, descubierto por Wirchow (1855), no quístico, y cuya naturaleza biológica está aún por diluci-

darse. Y con el nombre de *equinococosis* a la enfermedad originada por la generalidad de los equinococos''.

No acompañamos a Escudero en las significaciones propuestas para los términos ''hidatidosis'' y ''equinococosis'', pues disentimos en los fundamentos de su proposición. Fuera de los motivos que ya hemos aducido para no aceptar, por separado, ninguno de los dos términos—''hidatidosis'' o ''equinococosis''—deseamos aún emitir otras consideraciones que surgen de la proposición sugerida para nombrar a las formas de la ''equinococosis''. Si bien no nos oponemos a que la eufonía cobre los relativos derechos que le corresponden en la confección de los términos, no es posible, en su obsequio, modificar substancialmente una designación nominal. Si eufónicamente ''hidatidosis'' suena mejor que ''equinococosis hidatídica'', su restricción significativa, en cambio, obliga a reparos y advertencias. Siendo que etimológicamente y en su acepción griega, la hidátide es una ''vejiga llena de agua'', la ''hidatidosis'', por lo tanto, debe corresponder a toda afección donde la producción patológica adopta forma de hidátide, de cualquiera naturaleza que esta sea, y debería también excluír a las propias *hidátides equinocóccicas*, cuando éstas se aparten de la forma vesicular normal. De esto, y como primera consecuencia, resultaría que queda excluído de la designación aquel tipo de la enfermedad, donde la producción patológica adopta la forma tuberculosa, como ocurre en la pseudo-tuberculosis hidática peritoneal de Dévé. Si es verdad que

esta atípica forma pocas veces se observa, verdad es también que en muchas ocasiones se le ve coexistiendo con hidátides típicas, como ocurre en casos de siembra peritoneal; en estas circunstancias la "hidatidosis" debe comprender "velis nolis" a producciones no *hidáticas,* lo que constituye un verdadero contrasentido, etimológicamente considerado. Y desde este punto de vista expresaremos que tampoco satisface el nombre propuesto por Dévé a ese aspecto de la equinococosis secundaria que adopta la forma de tubérculo, pues mal pueden llamarse "hidáticas" a producciones patológicas que se asemejan a tubérculos; equinococosis pseudo-tuberculosa es un nombre más racional.

La conservación de los dos términos, "hidátide" y "equinococo", para designar especialmente con el primero a la forma larvada de la tenia equinococus común del perro, y con el segundo al "tumor sólido alveolar, no hidatígeno, descubierto por Wirchow (1855) no quístico y cuya naturaleza está aún por dilucidarse" no puede satisfacer a la nomenclatura. En efecto: si bien los dos términos pueden conservarse desde el momento que ellos no se excluyen, si no que se complementan, su aplicación, en la forma propuesta, lejos de ajustarse a la lógica nominal, puede también traer errores en el verdadero concepto de la enfermedad. Si en los términos "hidátide" y "equinococo" se quiere encontrar la antítesis que exprese cierta particularidad de la afección, tal cual es la consistencia de las producciones originadas en los órganos, menester es reconocer que ni una ni otra expresan esa

calidad; ambas son expresiones de forma, lógicas, siempre que se apliquen a sus respectivas producciones, pero completamente inadecuadas en caso contrario. Si es cierto que la particularidad dominante del estado larvado de la tenia equinococus común es la de tener la forma de una vejiga de agua—lo que justifica ampliamente el nombre de 'hidátide'' y aún el de ''hidatidosis'', verdad es también que la calidad dominante de los tumores alveolares no está expresada por el significado de la palabra ''equinococo''. Si etimológicamente ''equinococo'' equivale a ''grano espinoso'' o ''grano erizo'', mal puede designarse con ese nombre a una producción donde la forma y multiplicidad de lóculos impone el calificativo ''alveolar''; etimológicamente, ''equinococo'', no sólo no expresa ''tumoración sólida''—como se pretende—sino que ni siquiera permite deducir una noción de consistencia. La calidad expresada por el vocablo ''equinococo'' no se encuentra ni en las hidátides, ni en las masas alveolares, sino que se halla en el estado adulto del parásito o en los scolex, únicos ''granos espinosos'' capaces de haber engendrado el término. Por estas razones no puede justificarse la designación propuesta, y preferimos nuestra primera nomenclatura, donde no hay lugar a errores, y donde el nombre se ajusta a lo que expresa. Equinococosis hidatídica, equinococosis alveolar y equinococosis pseudo-tuberculosa — forma atípica—son los nombres que más se ajustan a lo que, hoy por hoy, nos muestra la Patología.

Dado que en el presente trabajo solo nos ocupa-

remos de las hidátides engendradas por la tenia equinococus común del perro, en su estado larvado, sin considerar para nada la forma alveolar o tuberculosa de la equinococosis, corresponde a nuestro estudio, como título, el nombre de equinococosis hidatídica pulmonar.

*
* *

Antes de entrar de lleno en el estudio que nos hemos propuesto, y ya de que en él hemos de referirnos a un gran número de observaciones cuyas historias clínicas presentamos, deseamos, naturalmente, dejar constancia del origen de esa fuente de observaciones, ya que ella es, en rigor, la que nos ha proporcionado la materia prima para la confección de este trabajo.

Una larga actuación en el Servicio de Cirugía del Hospital de Niños—actuación que iniciamos como practicante y que hoy proseguimos como Jefe de Servicio—nos ha brindado la oportunidad de poder examinar, operar y seguir a buen número de niños afectados por la equinococosis hidatídica pulmonar, así como también de estudiar y conocer todas las historias y pruebas radiográficas, relacionadas con la enfermedad, existentes en el Establecimiento, desde el año 1898 hasta la fecha.

Si bien es verdad—y muy a pesar nuestro—que en la estadística que presentamos en este trabajo, y que nos sirve de base para nuestras apreciaciones y

criterio, no siempre la observación del enfermo ha sido todo lo completa que fuera de desear, menester es también tener en cuenta, como descargo, la antigüedad de muchas observaciones, así como también la circunstancia de que estas provienen de distintas Salas y Servicios, y por lo tanto, de distintos médicos y cirujanos; esto por sí solo basta ya para que muchas veces falte uniformidad en la relación de la enfermedad o del tratamiento. No obstante las fallas que algunas pueden presentar, de su conjunto se logra seguramente obtener conclusiones de mucho interés.

La confección de este trabajo, obligándonos a escudriñar en el pasado, removiendo todo lo existente en materia de equinococosis hidatídica pulmonar, en el Hospital de Niños, nos ha servido también para valorar una vez más la gran labor de dos maestros eminentes que nos precedieron en el Servicio de Cirugía y que, por desgracia, muy prematuramente, desaparecieron. Con Alejandro Castro y Máximo Castro, hace ya más de un cuarto de siglo, es con quienes se inició en el Hospital de Niños el estudio y tratamiento de la equinococosis hidatídica pulmonar en la infancia.

Es también en esta búsqueda y remoción de todo lo que incumbe a la equinococosis hidatídica pulmonar, que hemos recorrido, en nuestro Hospital, la historia de la radioscopía y radiografía aplicadas en el diagnóstico de las hidátides del pulmón. Fué con la iniciación de este siglo que comenzaron los Rayos X, sistemáticamente, a prestar los imponderables servicios que hoy todos conocemos. Al rememorar ese pasa-

do y al estudiar muchas de las pruebas radiográficas existentes en el archivo radiológico, un cariñoso recuerdo nos lleva a nuestro primer radiógrafo oficial, señor Lorenzo Cianci, quien con tanto amor cooperó en el Servicio de Cirugía, desafiando peligros, hasta tanto cayó víctima de la maléfica profesión a la cual consagró con singular entusiasmo su arte y energías.

Pero es seguramente en estos últimos años cuando en el estudio de la equinococosis hidatídica pulmonar más hemos aprovechado el poderoso auxilio de los Rayos Rongten; para ello hemos contado siempre con la reconocida competencia y la amabilidad del actual jefe, Doctor don Alberto Marque, a quien hacemos llegar aquí nuestro más expresivo agradecimiento.

Capítulo Primero

CONSIDERACIONES GENERALES

Bastante es lo que se ha escrito ya y lo que se escribe aún con motivo de la localización pulmonar de las hidátides. Tanto entre nosotros, como en el extranjero, la equinococosis del pulmón ha dado y da aún tema para una serie de estudios, en los que se ponen de relieve las modalidades de la afección hidatídica, primitiva o secundaria, cuando ella se desenvuelve en los pulmones. Pero no obstante los numerosos trabajos producidos sobre tan interesante tópico, creemos siempre de utilidad esta nueva contribución, desde que en ella va el fruto de amplia observación personal, y ya que en ella va, también, exclusivamente, el aspecto que la enfermedad asume cuando se desarrolla en la infancia.

Bien sabemos lo frecuente que son las hidátides entre los niños. La infancia—desde los tres a los catorce años— es una edad bien predilecta para la adquisición de la enfermedad, siendo muy posible, dado el carácter silencioso de muchas localizaciones, que la exteriorización de la afección sea todavía menor que su existencia real.

Es con motivo de la frecuencia de la hidatidosis en los niños, que deseamos citar y estudiar la última estadística argentina, levantada por el Doctor Daniel Greenway, y que reune los casos intervenidos en distintos servicios de cirugía durante el período de tiempo comprendido entre el 1.° de enero de 1910 y el 31 de diciembre de 1921 (1). Según esta computación, cuyo total es de 2.470 casos, la hidatidosis equinocóccica infantil estaría sólo representada por un 11.74%, desde que en esa cifra de 2.470 portadores de hidátides, sólo figuran 300 casos concernientes a sujetos cuya edad no excedía de 14 años. Apresurémonos a manifestar que nuestra opinión es de que la hidatidosis en el niño alcanza un porcentaje mayor del que indica la referida estadística, pues en ella se ha deslizado un error en lo que respecta al número de niños, menores de 14 años, atacados por la hidatidosis; este error, de omisión, y que necesariamente en el cómputo final ha influído para hacer descender sensiblemente el porcentaje que corresponde a la infancia, lo encontramos en el número de enfermos que se atribuye al Hospital de Niños de la Capital. Efectivamente, en la estadística del Doctor Greenway, y como casos habidos en ese Establecimiento, sólo vemos figurar a 152 enfermos de equinococosis hidatídica en el tiempo mediado entre el 1.° de enero de 1910 y el 31 de diciembre de 1921; ese número es inexacto y muy

(1) Doctor Daniel Greenway. Demografía de la hidatidosis humana en la República Argentina. Trabajo presentado al Segundo Congreso Nacional de Medicina. Año 1922.

inferior, por cierto, a lo que arroja nuestra estadística personal que reune, precisamente, todos los casos presentados y estudiados en el Hospital de Niños desde el año 1896 hasta la fecha. Según nuestro cómputo, en el lapso de tiempo que va desde el 1.° de enero de 1910 hasta fines del año 1921, el número de enfermos de equinococosis no es de 152, sino que es de 298. Ahora bien, si con esta corrección, que hace subir a 446 casos—en lugar de 300—el número de niños menores de 14 años atacados por la hidátide, buscamos en la estadística general de Greenway el porcentaje que corresponde a la infancia, vemos entonces que él asciende de 11.74% a 17%.

Bien conocida es también, y todas las estadísticas lo demuestran, la frecuencia con que la hidatidosis equinococócica se desenvuelve en el pulmón. Consultada a este respecto la estadística del Doctor Greenway, vemos que al pulmón le corresponde el 14.69% en los promedios de morbilidad por órganos. En las estadísticas concernientes únicamente a niños, lo propio que en la estadística general, el pulmón figura también en una buena proporción, ocupando el segundo término, puesto que el primero, lo mismo que en la estadística general, le corresponde siempre al hígado. Así, en una estadística que nos perteneció y que publicamos ya en nuestra tesis inaugural (1), sobre un total de 274 observaciones de niños afectados por la equinococosis, encontrábamos 45 casos en los cuales la hidátide tenía por asiento el pulmón (31

(1) Quistes hidatídicos en los niños. Tesis. Año 1908.

casos de quistes hidatídicos del pulmón y 14 casos de hidatidosis múltiple bajo la forma hépato-pulmonar), lo que nos daba entonces una proporción de 16% a favor de la localización pulmonar. En la estadística que hoy podemos presentar y que abarca un total de 702 observaciones de quistes hidatídicos desarrollados en niños (casos observados en el Hospital de Niños de la Capital desde el año 1898 hasta el 15 de julio de 1926), la localización pulmonar figura en número de 107 en esas observaciones, lo que nos da una proporción aproximada de 15.2% a favor del pulmón. Vemos por esto que la equinococosis pulmonar, si bien frecuente relativamente, nunca alcanza, sin embargo, la enorme proporción que le corresponde al hígado. (1). Nuestra estadística y sobre el total de 702 observaciones, nos da 107 casos de hidátides en el pulmón y 512 casos con hidátides en el hígado, lo que arroja 72% aproximadamente a favor de la localización hepática, y lo que vale decir que el hígado es cuatro o cinco veces más atacado por la hidátide que el pulmón. Pero no es solamente por lo que incumbe al número de enfermos, atacados durante la infancia,

---

(1) Es realmente con sorpresa, y en lo que atañe a la frecuencia de la equinococosis pulmonar en el niño, que leemos en la conferencia dada por el Profesor Doctor Luis Morquio, de la Facultad de Medicina de Montevideo, en la Facultad de Medicina de Río Janeiro, las siguientes líneas. "En realidad, el quiste hidatídico del pulmón *es en el niño por lo menos tan frecuente como el del hígado* y mucho más frecuente que la misma localización en el adulto". (Doctor Luis Morquio. Quiste hidatídico del pulmón en el niño. Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. Año 1921. Tomo VI. Página 145). No podemos, por cierto, estar de acuerdo con la opinión emitida por el erudito pediatra uruguayo, por cuanto todas las estadísticas levantadas, tanto en nuestros respectivos países como en el extranjero, se encargan, con la elocuencia de los números, de demostrarnos que si bien el pulmón alcanza un buen porcentaje en las localizaciones de la hidátide, lo que le confiere el segundo término en la lista de

que la equinococosis pulmonar está por debajo de la equinococosis hepática; la localización pulmonar es también bastante inferior a la localización hepática en lo que a número de hidátides desarrolladas en el órgano se refiere; a la frecuencia de la hidatidosis múltiple primitiva del hígado, se opone en los niños, la rareza de la hidatidosis múltiple primitiva del pulmón. De interés nos parece en nuestra estadística hacer un cotejo entre ambas hidatidosis múltiples.

Entre las 702 observaciones que hemos logrado reunir y estudiar, figuran como ya vimos, 502 casos

---

los órganos, este porcentaje es siempre muy inferior al que corresponde al hígado. Así tenemos que la propia estadística uruguaya levantada por el Doctor Domingo Prat (Los quistes hidatídicos en el Uruguay; 1908 a 1912. Revista médica del Uruguay. Año 1913) y concerniente a los quistes hidatídicos habidos en su país, en niños cuya edad no excede de 15 años, en un total de 94 niños portadores de quistes hidatídicos, sólo se registran 13 casos de equinococosis pulmonar, lo que da un porcentaje de 13.82 a favor de esta localización, mientras que el hígado, representado por 68 observaciones da, en cambio, 72.34%. Es también en la estadística del Profesor Morquio, y que resume los casos de hidátides habidos en su clínica, que puede verse igualmente la gran ventaja que le lleva el hígado al pulmón en la lista de las localizaciones; en un total de 116 observaciones, 83 veces el hígado es asiento de hidátides, mientras que el pulmón lo es únicamente en 19 casos (Doctor Luis Morquio. Sobre quistes hidatídicos observados en la Clínica de Niños. Hospital Pereyra-Rosell, en el quinquenio 1908 - 1913. Revista Médica del Uruguay. 1913). Más aún, en la estadística del Doctor Pena, que figura en ese mismo trabajo, vemos también que en un total de 150 observaciones, la localización hepática aparece en 101 casos, mientras que la localización pulmonar se encuentra sólo en 24 observaciones.

Es en otra publicación uruguaya, en el informe presentado por el Profesor Doctor Alfonso Lamas, al Congreso Médico Nacional de Montevideo, del año 1919, y titulado "Quistes hidatídicos del pulmón", que encontramos también una referencia sobre la equinococosis pulmonar en sus relaciones de frecuencia con la equinococosis hepática. Dice el Profesor Lamas en su interesante informe: "Yo creo que si se radioscopiara sistemáticamente, como lo hemos visto hacer a Gosset en 1913, todo enfermo que pasara por nuestras manos, nos sorprendería el número de quistes del pulmón y no parecería exagerada la afirmación del malogrado Doctor Aranguren, de que los quistes del pulmón igualaban en frecuencia a los del hígado". (Páginas 765 y 766. Revista Médica del Uruguay. Año 1916). Como alegato de nuestra discrepancia con esa creencia, también podríamos admitir que si la radiografía del hígado fuese efectuada sistemáticamente y si ella fuera capaz de revelarnos las pequeñas hidátides del órgano, aquellos que aún radiográficamente no lo han deformado, quizá nos sorprenderíamos también por el número de hidátides hepáticas no reveladas sintomáticamente.

de hidatidosis hepática y 107 casos de hidatidosis pulmonar. Debemos hacer notar, empero, que en estas cifras van incluídas 30 observaciones de hidatidosis múltiple hépato-pulmonar, forma ésta de hidatidosis que deseamos estudiar aparte, dado el fin comparativo que nos proponemos. Es, entonces, descontando esos 30 casos complejos que, sobre un total de 672 observaciones, encontramos 482 veces a la hidátide alojada en el hígado, con exclusión del pulmón, y 77 veces alojada en el pulmón con exclusión del hígado. Ahora bien, estudiando esas 482 observaciones de hidatidosis, hallamos que en 109 de ellas se han encontrado más de 1 hidátide alojada en el hígado, lo que nos da aproximadamente 23% a favor de la hidatidosis múltiple hepática. Por lo que infiere al pulmón, vemos que entre las 77 observaciones de equinococosis pulmonar, sólo hay 7 casos donde se ha encontrado más de 1 hidátide, lo que nos da 9% a favor de la equinococosis pulmonar múltiple. Estas constancias podrían traducirse diciendo que en la infancia, de cada cuatro casos de hidatidosis hepática se presenta uno con 2 o más hidátides alojadas en el órgano, mientras que en los casos de localización pulmonar la presencia de 2 o más hidátides es un hecho bastante más raro, puesto que sólo se le encuentra una vez cada 15 observaciones. Es todavía en las mismas formas de hidatidosis múltiples donde se comprueba una vez más el dominio del hígado sobre el pulmón, en lo que a intensidad de infección hidatídica se refiere. Nuestra observación en la infancia nos muestra fre-

cuentemente hígados con 4 ó 5 hidátides y aún más, mientras que en las pocas observaciones de equinococosis múltiple del pulmón, el número de hidátides sólo es de 2 o 3. (1).

A mayor abundamiento, y como un dato más de la preferencia que por el hígado — y no por el pulmón — tienen las hidátides, está el hecho dado por aquella forma de hidatidosis múltiple primitiva, en la cual las hidátides se desarrollan concomitantemente en el hígado y en el pulmón. La hidatidosis "hépato-pulmonar" se nos presenta con relativa frecuencia en la infancia, y tan es así que entre nuestras 107 observaciones de equinococosis pulmonar, la asociación de hidátides del pulmón con hidátides del hígado la encontramos en 30 de esos 107 enfermos. En el cuadro adjunto se indica la localización y número de las hidátides en esos casos mixtos de equinococosis hidatídica hépato-pulmonar.

(1) Clínicamente, y aún en el propio acto operatorio, no siempre es posible, en la hidatidosis múltiple del hígado, dar con certeza el número de hidátides existentes. La autopsia revela muchas veces alguna hidátide que, por razones de tamaño, o de forma, estado o ubicación, pudo pasar desapercibida aún en el curso de la intervención quirúrgica. En la hidatidosis pulmonar, y gracias a la intervención de los Rayos X en el diagnóstico, es poco menos que imposible, y sobre todo si se trata de hidátides enteras y de regular tamaño, que queden algunas de ellas sin diagnosticarse, o, por lo menos, sin sospecharse.

EQUINOCOCOSIS HIDATIDICA HEPATO-PULMONAR

(Distribución y número de las hidátides)

Observaciones N.º	Hígado	Pulmón derecho	Pulmón izquierdo	Bazo
1	1	1		
2	1	1		
3	1		1	
4	1	1		
5	4	1		
6	2	1		
7	2		1	
8	1	1		
9	1	1		
10	3		1	
11	2	1		
12	2		1	
13	1	1	1	
14	1		1	
15	2	1		
16	1	1		
17	1		1	
18	1	1		
19	1	1		
20	1	1	1	
21	3		1	1
22	2		1	1
23	1	1 ?		
24	3	1		
25	1		1	
26	2	1		
27	1	1	1	
28	1	2	1	
29	1	1		
30	2		1 ?	
Totales:	47	20	14	2

Como así lo enseña el cuadro, en las 30 observaciones de equinococosis hépato-pulmonar, únicamente en 2 casos se encontraron clínicamente más hidátides

en el pulmón que en el hígado (en 1 observación, 3 hidátides de pulmón y 1 de hígado; en otra observación, 2 hidátides de pulmón y 1 de hígado); en cambio, en 12 observaciones se comprobaron más hidátides hepáticas que pulmonares, siendo las 16 observaciones restantes, casos donde sólo se halló 1 hidátide en el hígado y 1 hidátide en el pulmón. El total de hidátides diagnosticadas y certificadas en las 30 observaciones es de 47 hidátides hepáticas por sólo 34 hidátides pulmonares.

Es a propósito de la localización de las hidátides en los órganos del niño—y únicamente considerando el hígado y el pulmón—que es menester recalcar la distinta conducta reaccional, y por ende la diversa exteriorización sintomática de esos dos órganos frente al parásito invasor. En igualdad de condiciones la presencia del parásito es más fácil de delatarse en el pulmón que en el hígado, y esto es seguramente un motivo para que algunas hidátides de este último órgano (hidátides centrales y especialmente algunas ubicadas en la parte póstero-superior de la glándula) permitan que su portador trasponga la infancia sin que su existencia se revele, para recién acusarse en la edad adulta. Como es natural, esta hidatidosis latente o silenciosa quita a la equonococosis infantil y a la localización hepática, algo de su valor real en sus respectivos porcentajes. En el pulmón, en cambio, el silencio protege menos la estada del intruso y las hidátides que se desarrollan en edad temprana es muy difícil que traspasen la infancia sin

que su presencia sea diagnosticada o sospechada. Esta modalidad de la equinococosis hidatídica pulmonar frente a la equinococosis hepática es un motivo para que en el niño la estadística—estadística confeccionada a base de observaciones clínicas o quirúrgicas—no nos dé porcentajes reales sino aparentes, y para que la diferencia numérica entre las hidátides del pulmón y las hidátides del hígado,—en detrimento de las de este último órgano,—aparezca menor de lo que en realidad es. Y si bien pudiera argumentarse que en lo que se relaciona con la equinococosis pulmonar infantil existen casos de pequeñas hidátides centrales que por el hecho de curarse espontáneamente, por expectoración o vómica poco ruidosa, pueden escapar al diagnóstico y por lo tanto no figurar en las estadísticas, también es de hacer notar que hoy ya es poco menos que imposible esta eventualidad, pues la atención de nuestros médicos está muy enfocada en la enfermedad hidatídica, lo que permite que muchas veces se establezca el diagnóstico de la equinococosis hidatídica, cuando el parásito ya no existe en el pulmón y cuando sólo quedan en el órgano rastros más o menos apreciables del nido o quiste que le albergó.

¿La equinococosis pulmonar se observa más a menudo en el niño que en el adulto? Creemos, por lo que las estadísticas pueden enseñarnos al respecto, que efectivamente la localización pulmonar de la equinococosis es algo más frecuente en el niño que en el adulto. Así vemos, comparando, por ejemplo, la esta-

dística general de Greenway con la estadística infantil nuestra, que la equinococosis pulmonar en la primera presenta el 14.69%, mientras que esa cifra se eleva a 15.2% en la segunda. (1).

Según nuestras observaciones, la equinococosis pulmonar—si se exceptúa su combinación con la del hígado—rara vez coincide con la equinococosis de otros órganos. Fuera de los casos de hidatídosis hépato-pulmonar a que ya hicimos referencia (30 casos en 107 observaciones de equinococosis pulmonar) únicamente en 2 otros hemos podido comprobar su coexistencia con hidátides del bazo bajo la forma de hidatidosis múltiple espleno-pulmonar. En todas nuestras observaciones se trata de casos de equinococosis local, pues la forma metastática de la equinococosis del pulmón nunca la hemos podido comprobar.

El sexo de los portadores de hidátides del pulmón, en nuestras observaciones, marca una ligera predilección a favor del masculino; de los 107 niños que hemos examinado, 55 pertenecían al sexo masculino y 52 al sexo femenino.

La edad de los pacientes por nosotros observados con equinococosis pulmonar, denota la rareza de la afección en los 4 primeros años; la edad mínima

---

(1) Morquio, de Montevideo, sostiene en su interesante trabajo sobre "Quistes hidatídicos del pulmón en el niño". (Anales de la Facultad de Medicina. Tomo VI. Pág. 145), que el quiste hidatídico pulmonar en el niño es "mucho más frecuente que la misma localización, en el adulto". En cambio Dèvè en un cuadro original de localizaciones, obtenido a base del análisis crítico de una serie de estadísticas modernas, concede al pulmón en el adulto un porcentaje de 9.4, mientras que en el niño, por debajo de 15 años, esa misma localización se eleva a 11.1 (F. Dèvè. L'echinococcose de l'enfant. Arch. de Medec, des enfants. 1918). Los porcentajes obtenidos por Dèvè, y como él mismo lo dice y establece, se basan no ya en el número de enfermos, sino en el número de hidátides.

en que hemos encontrado una hidátide de pulmón ha sido la de 2 años. A continuación distribuímos, según la edad de los pacientes, nuestras observaciones.

Edad	Número de Observaciones
De 1 año	0
De 2 años	1
De 3 años	12
De 4 años	1
De 5 años	10
De 6 años	10
De 7 años	14
De 8 años	13
De 9 años	9
De 10 años	18
De 11 años	10
De 12 años	13
De 13 años	5
De 14 años	1

Como puede verse, según esta distribución, la equinococosis pulmonar en la infancia alcanza su mayor frecuencia desde los 5 a los 12 años; debemos hacer notar que la rápida declinación que ese cuadro muestra a partir de los 13 años, se debe en gran parte a que en el Hospital de Niños—hospital en el cual hemos recogido todas nuestras observaciones—la edad máxima de ingreso es de 12 años para los varones y 14 años para las mujeres.

En la infancia, el pulmón derecho es, más a menudo que el izquierdo, el sitio de localización de la hidátide. Consultando a este respecto nuestras observaciones, encontramos que en 63 casos el pulmón derecho era el atacado, mientras que sólo en 37 casos lo fué

el izquierdo; en 7 casos se hallaban hidátides en ambos pulmones. Si bien en una de nuestras observaciones aparecen varias hidátides del pulmón (observación sobre la cual volveremos más adelante y que no entra en este cómputo), el número máximo de hidátides primitivas que hemos hallado en un pulmón, ha sido de 2 hidátides y el número máximo en ambos pulmones ha sido únicamente de 3 hidátides. Según la localización y número de hidátides, nuestras observaciones de equinococosis pulmonar múltiple, se distribuyen así:

1 hidátide en el pulmón izquierdo y 1 hidátide en el pulmón derecho. 4 casos.

2 hidátides en el pulmón izquierdo y 1 hidátide en el pulmón derecho. 1 caso.

1 hidátide en el pulmón izquierdo y 2 hidátides en el pulmón derecho. 2 casos.

2 hidátides en el pulmón derecho. 1 caso.

En la infancia es también en las bases de los pulmones donde más comunmente se desarrollan las hidátides; a estas hidátides de las bases le siguen luego, en orden de frecuencia, las hidátides que se desenvuelven en los segmentos medios del órgano, siendo las más raras, según nuestra observación, las que se desarrollan en los vértices pulmonares. Es respecto a esta localización o ubicación del parásito dentro del órgano mismo, que deseamos emitir algunas consideraciones.

La localización de las hidátides dentro del pulmón mismo, tiene, según todas las estadísticas, una marcada predilección por la base del órgano, vale

decir, por el lóbulo inferior; a este respecto, no tenemos, por cierto, nada que observar. Es, en lo que se refiere a las hidátides que se alojan en la parte mediana o en el vértice de los pulmones en lo que nuestros cómputos se apartan de los recogidos en otras estadísticas de hidatidosis equinocóccica pulmonar, concernientes a niños y en las que aparecen las hidátides del vértice siguiendo, en orden de frecuencia, a las hidátides de la base. Así, por ejemplo, Morquio, en su trabajo ya tantas veces citado "Quiste hidatídico del pulmón en el niño", nos dice al respecto: "Dentro del pulmón la situación del quiste puede también variar; nuestros datos dan lo siguiente: 15 veces en el vértice; 12 en la parte media; 38 en la base. La parte inferior resulta muy favorecida. Bien entendido que se trata de hechos relativos, basados en impresiones generales".

Es basándonos en los datos suministrados por los signos físicos, por la radiografía y alguna vez, también, por las intervenciones quirúrgicas efectuadas, que nosotros hemos llegado a clasificar nuestras observaciones según la localización, en la siguiente forma:

En las 107 observaciones de equinococosis hidatídica pulmonar que comprende nuestra estadística, se registran 116 hidátides (99 observaciones con 1 sola hidátide y 8 observaciones presentando 2 o más hidátides). Sin embargo, y dado que en 14 observaciones, la localización del parásito en el órgano no aparece bien determinada, nuestra estadística, a este res-

pecto, sólo comprende 102 hidátides con localización bien precisa dentro del pulmón.

Pero en la clasificación, según el sitio, de estas 102 hidátides no hemos seguido, estrictamente, la división clásica, según la cual se admiten únicamente hidátides del vértice, hidátides medianas e hidátides de la base. El estudio de nuestras observaciones, en efecto, nos ha mostrado más de una vez, la imposibilidad de ajustar algunos casos a la clasificación así establecida; la observación nos ha enseñado que algunas hidátides, si bien en un principio cuando tienen un tamaño discreto pueden quedar localizadas en el vértice, en la parte media o en la base del órgano, más tarde, cuando llegan al examen médico y cuando tienen ya un tamaño considerable, no pueden, por su considerable extensión, ubicarse simplemente en uno solo de esos segmentos del pulmón. De esto es que muchas veces, en la práctica nos hemos encontrado con vesículas grandes que ocupaban no sólo el vértice o la base, sino también la parte mediana del órgano; de ello también el hecho de algunos casos de hidatidosis equinocóccica tan enormemente desarrollada, que se extendía y ocupaba todo el sitio del órgano, desde el vértice hasta la base.

No siendo posible clínicamente, y ni aún con la ayuda de la radiografía, establecer la ubicación anatómica inicial de las hidátides en el pulmón, según el lóbulo ocupado que nos daría la verdadera clasificación racional, y a objeto de poder clasificar a esos casos observados que hemos aludido, preferimos,

en nuestra clasificación, apartarnos de lo ya establecido y distinguir, desde el punto de vista clínico y radiográfico y según la ubicación en el órgano, seis localizaciones diferentes, a saber:

1º Hidátides desarrolladas en la parte superior del órgano, ocupando especialmente el vértice; hidátides superiores.

2º Hidátides desarrolladas en la parte superior y mediana del órgano, ocupando, por lo tanto, no sólo el vértice, sino también una buena parte del segmento medio del pulmón; hidátides súpero-medianas.

3º Hidátides desarrolladas en la parte mediana del pulmón y dejando, por lo tanto, libres el vértice y la base; hidátides medianas.

4.º Hidátides desarrolladas en la base; hidátides inferiores.

5.º Hidátides desarrolladas en la base, pero extendidas por arriba en la parte media del órgano; hidátides ínfero-medianas.

6º Hidátides desarrolladas en el sitio que corresponde a todo o casi todo el órgano; hidátides universales.

Como lo dijimos ya, esta clasificación es sólo clínica y radiográfica, y no anátomo-patológica. Una hidátide del pulmón derecho habiendo comenzado su desarrollo en el lóbulo medio es, anatómicamente, una hidátide mediana, pero, por su crecimiento excéntrico y desmesurado, rechazando y atelectasiando al órgano, es luego para la clínica y para los Rayos una hidátide universal o global. De la misma suerte, hidá-

tide que en un principio es superior o del vértice, por su crecimiento expansivo hacia abajo, viene luego a ocupar el área correspondiente al lóbulo medio. No obstante estos reparos, la clasificación que proponemos, si bien no es anatómica, nos parece más completa y más práctica, por cuanto nos da una noción más exacta de la extensión tumoral.

Apreciando la localización y ubicación de las hidátides, según nuestra manera de ver, las observaciones por nosotros estudiadas, se repartirían así:

Hidátides con localización superior	14
Hidátides con localización inferior	58
Hidátides con localización mediana	20
Hidátides con localización súpero-mediana ...	1
Hidátides con localización ínfero-mediana	7
Hidátides con localización uinversal	2
Total	102

El tamaño de la hidátide que la observación muestra en el pulmón de los niños, varía considerablemente; de una manera general podríamos decir que casi nunca se las ve más pequeñas que un huevo de gallina, ni más grandes que un huevo de avestruz, y que si bien en algún caso el tamaño sale de esos límites, se trata de verdaderas excepciones. Los tamaños extremos en la hidatidosis equinocóccica pulmonar, aquellas que no alcanzan el tamaño de un huevo de gallina o que sobrepasan el tamaño correspondiente a un huevo de avestruz, no se presentan en la observación clínica, y esto por las siguientes razones: las hidá-

tides muy pequeñas, se desenvuelven silenciosamente, sin que el examen clínico ni aún el examen radioscópico pueda revelarlas, y la prueba mejor de ello está en el hecho de que todas las hidátides diagnosticadas clínica y radiográficamente, tienen ya un tamaño considerable, y sin embargo, todas ellas en su desenvolvimiento han poseído tamaños menores. Las hidátides muy grandes, si bien algunas son también silenciosas, constituyen la excepción, por cuanto lo natural es que en su evolución produzcan ya trastornos que las hacen diagnosticables y operables, o que la ruptura o vómica pongan dique a un crecimiento desmesurado. A pesar de todo esto, sin embargo, las hemos observado con relativa frecuencia.

De una manera general se puede afirmar que las hidátides más pequeñas que se diagnostican son aquellas que se encuentran en el centro del órgano, sitio predilecto para la abertura o evacuación de la hidátide en el árbol brónquico, y por lo tanto terreno poco propicio para que el parásito, sin accidentes, pueda alcanzar gran tamaño en su crecimiento; por el contrario, las hidátides más periféricas, en menor contacto con bronquios gruesos llevando una vida más segura e independiente, menos expuesta a la infección, son las que alcanzan un mayor tamaño de crecimiento.

Recorriendo nuestras observaciones, y sobre un total de 115 hidátides pulmonares, vemos que en lo que se relaciona con el tamaño podrían clasificarse de la siguiente manera:

Hidátides grandes (sobrepasando el tamaño de un huevo de avestruz)	11
Hidátides de tamaño aproximado a un huevo de avestruz	16
Hidátides cuyo tamaño oscila de una naranja a una mandarina	33
Hidátides de tamaño aproximado a un huevo de gallina	2
Hidátides cuyo tamaño preciso no fué determinado	54
Total	115

La determinación del tamaño en las hidátides pulmonares—y tal es el caso también en nuestra estadística—no siempre se hace de una manera precisa y sistemática, y por otra parte ella está sujeta a dificultades; de esto, que las conclusiones obtenidas no sean siempre exactas y que ellas deban tomarse con las restricciones del caso. Fuera aún de la distinta y personal manera de apreciar, es necesario también tener en cuenta que casi siempre las hidátides operadas y, aún las arrojadas por una vómica, se exteriorizan fragmentadas y vacías, siendo por una apreciación aproximada e imaginativa que se les confiere una determinación de volumen; no obstante estos reparos, veamos lo que muestra nuestra estadística respecto al tamaño de las hidátides desarrolladas en el pulmón.

Llama ante todo la atención la elevada suma (54 casos) de hidátides cuyo tamaño no ha sido determinado. Descartando en esto lo que se pudiera imputar a la omisión o al olvido, menester es también tener en cuenta que en muchos casos las hidátides obteni-

das por la intervención quirúrgica y como consecuencia del acto operatorio mismo o por los procesos de infección, se destruyen de tal manera, que toda reconstrucción o apreciación justa de tamaño, resulta hasta cierto punto imposible. A esto agreguemos, también, aquellos casos donde por vómica o expectoración se han eliminado membranas hidatídicas, cuya extensión no se ha podido apreciar.

El tamaño comprendido entre el que corresponde a una mandarina y a una naranja, es el que con más frecuencia se nos ha presentado en la observación de los niños atacados por la hidatidosis equinocóccica pulmonar (33 casos). Esta constancia nos fundamenta para afirmar que en la hidatidosis pulmonar del niño el tamaño más a menudo observado es el comprendido entre el que corresponde a un huevo de gallina y a un huevo de avestruz. Si hubiéramos de traducir en cifras estos tamaños comparativos, diríamos que las vesículas hidatídicas cuyo diámetro va de 4 a 8 centímetros, son las que más comunmente se presentan en la práctica.

A estas hidátides de tamaño mediano y que son las más frecuentes, siguen luego, y como tamaños máximos extremos, las hidátides cuyo volumen se equipara a un huevo de avestruz (16 casos), y las hidátides más voluminosas aún (11 casos). Estas cifras relativamente altas nos muestran que las condiciones del órgano, a pesar de sus conductos bronquiales, se prestan para el crecimiento del parásito.

Es en lo que se refiere al tamaño extremo míni-

mo, donde la estadística nos muestra su pobreza. Las hidátides cuyo tamaño se apreciaba como el correspondiente a un huevo de gallina, sólo se nos presenta en 2 casos. Esto, unido al hecho de que nunca se les observa presentando tamaños menores, nos lleva a concluir que las hidátides muy pequeñas, cuyo tamaño pudiera equipararse a una cereza, uva o huevo de paloma, solo las ve el pulmón, pues la clínica y la radiografía nunca nos las muestran así.

Con harta frecuencia la observación nos enseña en la equinococosis hidatídica pulmonar de la infancia, vesículas cuyo continente y contenido se presentan francamente supurados; este hecho llama tanto más la atención, cuanto que en la equinococosis de otros órganos en los niños, la supuración de las hidátides se presenta pocas veces.

La frecuente supuración de las hidátides pulmonares en los niños la hicimos ya notar cuando en 1908 escribíamos nuestra tesis y refiriéndonos a ella decíamos: "Son las hidátides del pulmón las que más frecuentemente se presentan supuradas y creemos que en estos casos no hay duda alguna respecto al origen de la infección; es por los bronquios, que casi siempre comunican con la cavidad determinada por la periquística, por donde llegan los agentes infecciosos que tarde o temprano infectan la membrana germinativa y el contenido líquido". Hoy, con una observación mayor, y sobre todo con lo que una estadística más extensa nos enseña, podemos ratificarnos en esa aserción. Debemos, sin embargo, advertir que esta no es la

opinión de todos los autores que se han ocupado de la equinococosis hidatídica pulmonar. Así, por ejemplo, Morquio, nos dice: "La supuración del quiste hidatídico del pulmón constituye un hecho raro, y cuando se produce, determina casi siempre, de una manera rápida, su ruptura y su evacuación espontánea, si no se interviene antes". Escudero, al ocuparse de este asunto, se expresa así: "La supuración del contenido de la vesícula hidática puede producirse espontáneamente o a continuación de un accidente".

"Muy a menudo, por no decir siempre, se le observa después de una punción exploradora. Los quistes supurados del pulmón son menos frecuentes que aquellos del hígado; se les observa sobre todo en los quistes muy viejos. Su contenido llega a ser turbio, lechoso, o francamente purulento; la membrana germinativa se disgrega y la cutícula aparece turbia, amarillenta y extremadamente frágil".

Sin entrar, por esto, a estudiar las causas determinantes, se puede asegurar, como ya dijimos, que en la equinococosis hidatídica infantil, en general, la supuración de las vesículas no es un fenómeno que se observe con frecuencia, y si alguna excepción puede hacerse por algún órgano, este órgano es precisamente el pulmón. Nuestra observación nos muestra, en oposición a las autorizadas opiniones mencionadas, un gran porcentaje de hidátides pulmonares supuradas; ella también nos enseña que la supuración en la hidatidosis pulmonar es bastante más frecuente que en la hidatidosis hepática. Veamos lo que nuestra estadística expresa a ese respecto.

Es en un total de 116 hidátides localizadas en el pulmón, que en lo que se refiere al estado séptico o aséptico, macroscópicamente considerado, encontramos:

Hidátides limpias	51
Hidátides supuradas	34
Hidátides a contenido turbio	3
Hidátides cuyo estado no fué determinado	28

Si en esta computación consideramos únicamente las hidátides cuyo estado aséptico ha sido expresado, vemos que sobre un total de 88 hidátides pulmonares figuran 34 vesículas supuradas; esto nos da ya para la supuración en la equinococosis hidatídica pulmonar, la elevada proporción de 38%, a la cual, por cierto, no alcanza la supuración de las hidátides cuando estas se desarrollan en otros órganos.

Si en lo que atañe a la supuración de las hidátides pulmonares en relación con la supuración de las hidátides hepáticas hallamos, en lo que se refiere al ricas, recurriendo a lo que marca nuestra estadística sobre la equinococosis hidatídica infantil, llegamos a los siguientes porcentajes: sobre un total de 566 bidátides hepáticas hallamos, en lo que se refiere al estado vesicular, que 379 vesículas eran limpias, líquido cristal de roca o muy ligeramente teñido por bilis; que 100 vesículas eran supuradas y que en las restantes el estado de la hidátide no fué precisado. Esto nos da una proporción de 20% a favor de la supuración en la hidatidosis hepática, cifra bastante menor, como se ve, a la proporción de 38% que nos marca la hida-

tidosis pulmonar supurada. Si en lo que se relaciona a la supuración comparada de las hidátides hepáticas y pulmonares, estudiamos nuestras observaciones de hidatidosis hépato-pulmonar, encontramos también una mayor proporción de vesículas supuradas en las hidátides alojadas en el pulmón. De las 80 hidátides (47 hidátides hepáticas y 33 hidátides pulmonares) que se registran en nuestras 30 observaciones de equinococosis hépato-pulmonar, encontramos que ellas pueden repartirse así:

Hígado, con 47 hidátides; 30 limpias, 8 supuradas, y 9 cuyo estado no fué determinado.

Pulmón, con 33 hidátides; 10 limpias, 13 supuradas, y 10 cuyo estado no fué determinado.

Si de las cifras obtenidas por esta clasificación buscamos los porcentajes correspondientes a la supuración, teniendo en cuenta únicamente los casos donde el estado vesicular ha sido precisado, vemos que las hidátides supuradas del hígado solo alcanzan a 21%, mientras que las hidátides supuradas del pulmón arrojan un porcentaje mucho mayor, que se eleva a 56%.

La supuración en la hidatidosis equinocóccica pulmonar es muchas veces inminente, dado el medio y las condiciones en las cuales evoluciona la vesícula con su cristalino contenido líquido. A esta inminencia puede a veces asistirse, en la observación, cuando una intervención muestra una hidátide cuyo líquido comienza a ponerse turbio, o cuando, no obstante conservar aún la pureza y transparencia de su líquido cristal de roca, así como el nacarado aspecto de la membrana, el pus,

sin embargo, comienza a formarse en el espacio perivesicular, amenazando invadir el cuerpo del parásito. demos visto membranas hidatídicas extraídas, cuyo continente era aún perfectamente límpido y sano, pero en los cuales la cutícula presentábase ya bañada por pus, coleccionado entre la vesícula y la cápsula o involucro que le rodea. Esta supuración perivesicular, con integridad y fuerza de la hidátide, ha podido, también, ser comprobada en una autopsia. (1).

Es a la existencia de muco-pus en el espacio perivesicular correspondiente a hidátides cuyo líquido contenido conserva, sin embargo, su pureza y cristalinidad, al que, en parte, puede también deberse la expectoración muco-purulenta que se observa en algunos portadores de hidátides pulmonares limpios e intactos. Esta misma capa de pus que rodea la vesícula en algún caso puede ser motivo, en una punción exploradora, de un error de diagnóstico o por lo menos de un error en la determinación del estado séptico de la hidátide. La punción explotadora, retirando pus, ha podido hacer pensar en una colección purulenta — pleuresía-enquistada — o en una hidátide supurada, y, sin embargo, la intervención ulterior demostrar la

---

(1) En la tesis del Doctor Julio Passeron "Consideraciones del tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos del hígado", aparecida en el año 1906, se menciona una observación de esta naturaleza, habida en el Hospital de Niños, la cual no figura en nuestra estadística. Referente a ella, dice el Doctor Passeron (página 35): "El Doctor Roberto Solé en un quiste del pulmón de una autopsia que practicaba por otro motivo, me ha mostrado la pieza anatómica donde halló una colección bastante grande de muco-pus entre la periquística y la germinativa, siendo el líquido del quiste perfectamente limpio".

existencia de una vesícula hidatídica sana y a contenido límpido cristal de roca (1).

Es a propósito del contenido de las hidátides del pulmón en la infancia, que deseamos llamar la atención sobre una particularidad, de orden zoológico, de estas hidátides; nos referimos a la ausencia de vesículas hijas en los quistes hidatídicos del pulmón. Fué con motivo de esta comprobación que ya en el año 1908, en nuestra tesis de doctorado, (2), en la página 223, decíamos: "Una particularidad de las hidátides pulmonares es la rareza con que presentan vesículas hijas: en los niños jamás hemos visto vesículas secundarias entre las 47 hidátides que figuran en la estadística, muchas de las cuales hemos tenido oportunidad de poderlas examinar personalmente". Hoy, dieciocho años después de la fecha en que dejábamos constancia de aquella modalidad de la equinococosis pulmonar, podríamos, con una observación mayor y con los mis-

---

(1) En nuestra tesis de doctorado "Quistes hidatídicos en los niños" (páginas 162 y 163) hicimos ya alusión a un caso de esta índole, cuya historia no figura en la estadística que presentamos en este trabajo. Dijimos entonces: "En algunos casos, muy raros es cierto, los resultados de la punción podrán inducirnos a errar el diagnóstico; tal es el caso de una punción exploradora efectuada en el hígado y con la que se retira pus, cuyo examen no revela scolex o gancho alguno, lo que hace pensar en absceso del hígado: se trata, sin embargo, de una hidátide con contenido limpio y lleno de arenilla quística. La aguja retiró una pequeña cantidad de pus situada entre la vesícula y la bolsa quística. Tal es también el de un enfermo con síntomas pulmonares que hacían creer en una pleuresía supurada, por lo que se le efectúa una primera punción exploradora que llena la jeringa de pus. Una segunda punción efectuada momentos antes de ser operado, da salida a un líquido citrino idéntico al obtenido en las pleuresias serosas. Para resolver las divergencias habidas entre las dos punciones, se decide efectuar una tercera punción, y con gran asombro la jeringa se llena de un líquido claro cristal de roca, igual al suministrado por los quistes hidatídicos. La radiografía y la intervención resolvieron la cuestión, la primera demostrando una sombra circunscripta y redonda, lo que no deja dudar que se trata de un hidátide, y la segunda extirpando esa hidátide, encontrando pus en la bolsa periquística y descubriendo una pleuresía serosa de vecindad".

(2) Quistes hidatídicos en los niños. 1908.

mos términos, ratificar la opinión de entonces. Efectivamente, en todas las hidátides estudiadas en nuestras 107 observaciones, se trataba siempre de la forma simple del parásito, esto es, de la forma monovesicular, sin que en ningún caso hayamos podido encontrar en la membrana madre verdaderas vesículas hijas.

Es ya una modalidad de la hidatidosis infantil—cualquiera que sea el órgano donde la hidátide se anida—la rareza de la vesiculización endógena. Respecto a este punto, y por lo que a nosotros la observación nos enseñaba, escribíamos, en el trabajo citado, en 1908: "Es observando un gran número de quistes hidatídicos desenvueltos en los niños, que hemos podido apreciar lo raro que es entre esas hidátides comprobar la presencia de vesículas hijas, tanto endógenas como exógenas. En las 274 observaciones de nuestra estadística, hemos podido anotar únicamente 23, donde se han encontrado vesículas hijas: lo que nos da una proporción de 8% a favor de la forma polivesicular o compleja de la hidátide".

La observación de un mayor número de niños con hidatidosis, nos sigue demostrando la relativa escasez de la forma multivesicular en la equinococosis de la infancia. Así vemos que en un total de 702 observaciones (que representa el número de enfermos y no el de hidátides, que es mucho mayor, dada la frecuencia de la hidatidosis múltiple) las vesículas hijas sólo se han encontrado en 61 casos, lo que nos da una proporción de 8.6% a favor de la vesiculación endógena.

Respecto a la localización, según órganos, de esas 57 hidátides con vesículas hijas, vemos que en 51 casos se trataba de hidátides del hígado, en 2 casos de hidátides del riñón, en 2 casos de hidátides de los músculos, y en 2 casos de hidátides de la cavidad abdominal (espacio vésico-rectal).

Si bien la rareza de la vesiculación endógena de las hidátides que se observan en la infancia y aún en la adolescencia es un hecho sobre el cual ya se había llamado la atención(1), no creemos que todavía se haya hecho notar suficientemente lo que la práctica enseña respecto a la ausencia de la vesiculación filial en las hidátides desenvueltas en el pulmón. La presencia de vesículas hijas que nunca hemos observado en la equinococosis pulmonar infantil, es también excepcional en las hidátides pulmonares del adulto, y esta particularidad zoológica de la hidatidosis pulmonar no ha sido, por cierto, lo suficientemente denunciada por nuestros autores.

Herrera Vegas y Cranwell (2), en su clásica obra, no nos dicen nada sobre esta particularidad, cuando se ocupan del estudio anátomo-patológico de las hidátides del pulmón. No obstante el silencio que guardan al respecto, parecería, sin embargo, deducirse, por ciertos pasajes de su obra, que la presencia de vesículas hijas en las hidátides del pulmón es un hecho vulgar y no excepcionalísimo. Así vemos, por ejemplo, que en la página 150, al referirse a los accidentes y

(1) Dévé en el año 1905 enunciaba esta regla: "En el niño y el adolescente los quistes hidatídicos, aun voluminosos, son casi siempre (90 veces sobre 100) desprovistos de vesículas hijas".

(2) Herrera Vegas y Cranwell. Quistes hidatídicos. 1901.

complicaciones de la equinococosis pulmonar y con motivo de la vómica, dicen: "La vómica en estos casos, por lo general, está compuesta por un líquido claro y espumoso que deja un gusto salado en la boca del paciente y por *vesículas y fragmentos de la membrana madre* o bien por pus, en el caso de que el quiste fuera supurado". Más adelante, en la página 151, agregan: "Pero la ruptura no se hace siempre de una manera brusca y con un cuadro tan alarmante; hemos visto enfermos que tenían tos y expectoración purulenta, *expulsar de cuando en cuando vesículas o fragmentos de membranas sin mayores molestias*". Una vez más, en la página 164, al discutir sobre el tratamiento, y con motivo de la punción, se expresan así: "La punción provoca a menudo la ruptura del quiste en los bronquios; la membrana periquística es frágil y está en contacto íntimo con los bronquios desgastados; un descenso de la presión intraquística originada por la extracción del líquido, los esfuerzos de vómitos o la tos, producen, probablemente, la desgarradura de la membrana y una *ola de líquido y vesículas* inunda los bronquios del enfermo, que puede sucumbir en pocos momentos". (1).

---

(1) En la estadística final que acompaña a la importante obra de Herrera Vegas y Cranwell, figuran 68 casos de quistes hidatídicos del pulmón y de la pleura. En ninguno de ellos se encuentra con certeza la constancia de una vesiculación endógena. En la observación N.° 682, de esa estadística general, si bien después de una pleurotomía aparece en una curación una vesícula hidatídica acompañada de vesículas hijas, es de notar que en ese caso se trata de una hidátide pulmonar rota y vaciada en la pleura un tiempo atrás y que las tituladas vesículas hijas pueden muy bien ser la consecuencia de una siembra pleural. En la observación 699, y refiriéndose a un quiste hidatídico supurado del pulmón derecho, se lee "por la incisión sale litro y medio de pus con vesículas". Esta observación es muy dudosa como correspondiendo a una hidátide

Escudero, que entre nosotros produjo uno de los trabajos más completos e importantes sobre la equinococosis hidatídica pulmonar, tampoco nos advierte de la rareza en la vesiculación endógena de las hidátides del pulmón. Vemos, así, en su obra (Pág. 59), al estudiar los quistes degenerados—y sin hacer ninguna salvedad respecto a las hidátides del pulmón—expresar lo siguiente: "En regla general, las hidátides contienen líquido, purulento o no, con una membrana intacta o alterada; muy frecuentemente también se comprueba *la presencia de vesículas hijas* de todas dimensiones".

"No se encuentra sino rara vez quistes hidatídicos sin contenido líquido, los cuales han recibido el nombre de quistes secos". Más adelante, en la parte pertinente al diagnóstico de la afección (Pág. 152) leemos también lo siguiente: "Hablarán en favor del quiste los antiguos antecedentes personales que le son propios, la *presencia de vesículas hijas* y de colgajos de membrana cuticular expulsados por vómica". A pesar de esto, hemos de hacer notar que en ninguna de las 9 observaciones clínicas que figuran en la obra de Escudero, tanto en los productos de la vómica, como en las hidátides operadas, se menciona la existencia de vesículas hijas.

---

de pulmón, puesto que en ella se habla de litro y medio de pus, de tos seca y de una "matitez desde la cuarta costilla, continuándose con la del hígado". Muy probablemente se trata aquí de una voluminosa hidátide supurada de la cara convexa del hígado y con una acentuada evolución toráxica. En las 66 observaciones restantes no aparecen vesículas hijas en las hidátides pulmonares observadas.

Máximo Castro (1) en una muy interesante comunicación efectuada en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires con motivo del tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón en los niños, tampoco hace alusión alguna sobre la rareza o inexistencia de la vesiculación endógena en la hidatidosis pulmonar. Enrique Finochietto en el maduro estudio que refleja su comunicación a esa misma Sociedad de Cirugía, en el año 1920, tampoco nos hace referencia alguna respecto a la vesiculación filial en los quistes hidatídicos del pulmón.

Es también consultando los trabajos que fundamentalmente se refieren a la equinococosis hidatídica pulmonar y que fueron presentados a nuestro Congreso Nacional de Medicina, celebrado en el año 1922, que tampoco encontramos referencias que aludan al asunto de la vesiculación endógena en la hidatidosis equi-

---

(1) Doctor Máximo Castro. Tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón en los niños. Boletines de la Sociedad de Cirujía de Buenos Aires. Año 1920.

No obstante no hallar en el estudio del Doctor Máximo Castro ninguna alusión al punto que nos ocupa—rareza o inexistencia de la vesícula hija en las hidátides pulmonares—leemos, sin embargo, un pasaje, en el cual se hace mención de la existencia de vesículas hijas en una observación. El pasaje es el siguiente: "Entre los casos de observación que me parece que merecen ser recordados en este trabajo, es el que paso a relatar por ser único en la larga serie de los que hemos tenido en nuestra clínica. Se trataba de una exteriorización de un quiste primitivamente pleuro-pulmonar, que se abrió paso al través del quinto espacio intercostal derecho, haciendo eminencia debajo de la piel. Operado, se constató que el quiste había desgastado la costilla y la pleura y se encontraba entre las fibras de los músculos intercostales. Abierto el quiste, se pudo comprobar que estaba fuertemente adherido a la pared y que las vesículas estaban alojadas en el pulmón mismo. Este enfermo, durante algunas curaciones echó aún *vesículas hijas* por vómica". La observación a la cual se refiere nuestro inolvidable Jefe del Servicio de Cirugía, y que luego nosotros hemos estudiado más detenidamente, no es un caso de hidatidosis pulmonar con vesiculación, sino una hidatidosis secundaria de la pleura consecutiva a la ruptura de una hidátide hepática.

nocóccica pulmonar. Tampoco vemos que se hayan expedido sobre la rareza o inexistencia de la vesiculación filial en las hidátides pulmonares los respectivos autores de artículos y aún de tesis nacionales, teniendo por tema la equinococosis hidatídica del pulmón.

Aún fuera de nuestra literatura, no encontramos tampoco que el hecho haya llamado mayormente la atención, hasta el punto de denunciarlo formalmente como una modalidad de las hidátides que se desenvuelven en el pulmón. Dévé—para quien las hidátides no tienen secretos—no nos dice nada respecto a esta particularidad de la hidatidosis pulmonar, en aquellos de sus trabajos donde se ha referido a la forma multivesicular del parásito. Debemos, sin embargo, dejar constancia de que en un estudio importante del malogrado Doctor Lepicard (1), estudio inspirado por el célebre hidatologista de la Facultad de Rouen, se hace una advertencia sobre la pobreza o rareza de la vesiculación endógena en la equinococosis hidatídica pulmonar, advertencia que quizá pierde bastante su valor por cuanto ella aparece en una nota extendida al pié de la página 28 del referido trabajo. Dice así: "Es de notar que la presencia de vesículas hijas es mucho más rara en los quistes del pulmón que en aquellos del hígado y de otras vísceras.

A. Broca, autor de una de las obras más completas, versando sobre clínica quirúrgica infantil, admite como un hecho frecuente la presencia de vesí-

(1) Lepicard. "La vomique hydatique pulmonaire". Sa valeaur curative. París 1912.

culas hijas en las hidátides del pulmón en el niño. "La ruptura del quiste—dice Broca—es, por otra parte, la terminación natural de la lesión; ella se produce en la pleura con pio-neumotórax consecutivo, o bien más frecuentemente en los bronquios, con vómica de líquido, sea claro, sea purulento, conteniendo vesículas hijas". (1).

En la tesis últimamente publicada por el Doctor Bellard (2), inspirada igualmente por el Profesor Dévé, no se encuentra tampoco constancia alguna referente a la frecuencia o rareza de la vesiculación filial en la equinococosis hidatídica pulmonar.

Si como impresión de conjunto—basada no solamente en nuestra experiencia personal, sino también en la lectura de los numerosos casos publicados por los observadores — debiéramos nosotros expedirnos respecto a las vesículas hijas en las hidátides del pulmón, sostendríamos que la vesiculación endógena es excepcional en la hidatidosis pulmonar del adulto y excepcionalísima o inexistente en la hidatidosis pulmonar del niño, y que esta modalidad de la afección, cuando se desenvuelve en el pulmón, no ha sido todavía, por los autores, lo suficientemente denunciada y explicada.

La rareza de la forma multivesicular en las hidátides desarrolladas en el pulmón o su excepcional presencia—comparada con la de otros órganos—nos trae

---

(1) A. Broca. Chirurgie Infantile. París 1914. (Página 937).

(2) León Bellard. Contribution a l' étude de la vomique hydatique curative. París 1924.

a colación la conocida proposición de Dévé (1), respecto a la significación de las vesículas hijas "La vesiculación endógena resulta de una reacción defensiva del parásito hidático amenazado en su vitalidad", acertada proposición que a su vez complementa a otra, no menos conocida, y también suya: "Todo quiste hidatídico a contenido multivesicular es un quiste que ha sufrido".

Bien sabemos lo erróneas o confusas—y nosotros hemos también en un principio partipado de ellas—que fueron hasta no hace mucho tiempo las ideas que se tuvieron respecto al origen y significación de las vesículas hijas. Basta recorrer la historia de los conocimientos adquiridos en materia de equinococosis, para darse cuenta de la mala doctrina que durante muchos años primó con respecto a la vesiculación filial de las hidátides equinocóccicas. Sin entrar en mayores detalles respecto a este punto, bien podemos decir que el error en la interpretación de las vesículas hijas fué la causa de otros errores concernientes a su origen y significación; tan desacertados estuvieron aquellos que creyeron necesario crear una variedad especial de tenia equinococus productora de hidátides multivesiculares, en oposición a otra distinta que originaría hidátides sin vesículas hijas, como aquellos otros observadores—zoólogos, clínicos y cirujanos—que vieron en la vesiculación endógena una manera de ser, natural y habitual, de la forma vesicular del parásito, una exteriorización

(1) Déve. F. Le Kyste Hydatique multivesiculaire du foie. Revista de la Asociación Médica Argentina. N.º 148. Año 1917.

de su completo desenvolvimiento. Según ese criterio, veíamos a las vesículas hijas como el fruto de una tranquila maternidad que nos daba la medida de todo lo que en materia de proliferidad era capaz la membrana madre, y si alguna vez al quedarnos admirados ante tanta prole, veíamos en lastimoso estado a esa vesícula madre, un poco de lástima y de respeto se nos iba hacia ella, pues la creíamos una víctima inmolada en aras de una noble fecundidad. Era que, aparentemente, así se nos presentaba el fenómeno de la vesiculación endógenas, pues todavía ningún observador, de fría filosofía, nos había dado la exacta interpretación y, sobre todo, la verdadera intención de la vesiculación filial.

Fué Dévé, estudiando con precisión el origen de las vesículas hijas, tanto endógenas como exógenas, así como las condiciones en que se produce esa vesiculación, quien nos mostró la verdadera esencia de ese fenómeno de proliferidad. Fué él quien, en oposición con la antigua opinión que consideraba a la vesiculación filial endógena como una disposición normal, natural y típica, que caracterizaba la faz del completo desenvolvimiento del parásito, proclamó que "la forma típica de la equinococosis humana está representada por el *quiste univesicular fértil,* encerrando arenilla hidatídica (cápsulas prolíferas y scolex) a exclusión de toda vesícula hija exógena o endógena".

Es en lo que concierne al origen de las vesículas hijas endógenas que Dévé nos dice (1): "Contraria-

(1) Dévé F. Les vesicules hydatiques filles. Leurs Origines. Leurs condition pathogeniques. La Presse Médicale. Agosto 1918.

mente a la enseñanza clásica, se puede afirmar *que las hidátides endógenas no reconocen jamás un origen cuticular*. Ellas nacen siempre en el interior mismo de la vesícula madre a expensas de elementos diversos, emanando en ulterior análisis de la membrana germinativa. Ellas proceden:

a) Directamente del plasmodium todavía indiferenciado de la membrana fértil parietal. Este origen es relativamente raro.

b) De las cápsulas prolígeras que, ya formadas y fértiles, han elaborado secundariamente una cutícula externa. Origen igualmente raro.

c) De los *scolex*, a consecuencia de una curiosa metamorfosis quística de estas pequeñas cabezas de tenias. Es el origen más común de las vesículas hijas endógenas.

d) Nosotros mencionaremos, en fin, un modo de multiplicación vesicular poco conocido, si bien nos ha parecido bastante frecuente; él es *especial a las vesículas nietas*. En los quistes a contenido multivesicular complejo, no es raro encontrar vesículas hijas achatadas, que llegan a ser vítreas y gelatiniformes, que encierran en sus pliegues más o menos soldados un cierto número de nuevas vesículas opalinas y abultadas, debidas a la coalescencia y a la evolución quística de islotes sobrevivientes de la membrana parenquimal vesicular en involución. Se trata, en resumen, de una *supervivencia* o de una *reviviscencia germinativa parcial*.

Se ve, pues, que contrariamente a las hidátides

exógenas, cuyo origen es unívoco, las vesículas hijas endógenas reconocen puntos de partida eventuales múltiples; los diferentes procesos terminando todos en el mismo elemento, de alguna manera *banal,* desde entonces dotado de la misma vitalidad y en posesión del mismo porvenir.

Esta ubicuidad de origen de las vesículas secundarias internas siendo conocida, una importante cuestión nos queda por dilucidar: ¿De dónde viene que, en tal individuo, los diversos elementos susceptibles de dar nacimiento a las hidátides hijas sufran, en masa, la evolución vesicular, mientras que, en tal otro individuo, todos quedan definitivamente inmóviles?

Las condiciones patogénicas requeridas para la producción de las vesículas hijas han sido también bien estudiadas y fijadas por Dévé. Dice el gran hidatologista en su trabajo precedentemente citado y publicado en la "Revista de la Asociación Médica Argentina": "mientras que la vitalidad de la hidátide madre no ha disminuído por senectud natural; mientras que ella no es perturbada por una agresión exterior; breve, *mientras que las condiciones biológicas íntimas de la vesícula parasitaria quedan intactas,* este queda con su contenido líquido límpido bajo tensión, con sus cápsulas prolígeras adheridas a su membrana germinal, encerrando sus scolex al estado de reposo de vida latente; en una palabra, *ella queda en el estado de quietud.* La hidátide primitiva continuará creciendo en estas condiciones y podrá llegar a una talla voluminosa sin encerrar ninguna hidátide secundaria".

"Pero, que *sobrevenga una de las causas perturbadoras,* brutales o graduales, que nosotros vamos a pasar en revista, dentro de un instante, y se verá producir entre los elementos germinativos indiferenciados y sobre todo diferenciados, una especie de zafarrancho que se traducirá bien pronto por su *cuticularización defensiva* y que terminará finalmente, cualquiera que haya sido el elemento punto de partida, *en una vesícula hidática*".

¿Cuáles son las causas capaces de originar en una hidátide hasta tanto univesicular la producción de una vesiculación filial endógena? Estas causas perturbadoras de la vida tranquila de la hidátide simple y a su vez originadoras de la vesiculación endógena han sido, por lo menos, las más importantes indicadas por Dévé, lo que no quita, y como él mismo lo dice, "que haya otras de orden más delicado, debido al terreno del huésped". Transcribiremos, también, estas causas tales cuales nos las expone el célebre profesor de Rouen.

"Las principales causas provocadoras de la vesiculación endógena, son las siguientes:

"1.° Desde luego, fuera de todo incidente, de toda complicación propiamente dicha, *la senectud natural de la membrana madre.* Porque se debe hoy dejar atrás la opinión clásica, según la cual la acumulación progresiva de las vesículas hijas en el interior de la vesícula madre, *termina por quitar* a esta toda vitalidad; el sufrimiento y la involución de la vesícula madre son causa y no consecuencia de la vesiculación endógena".

"2º La *evacuación del líquido vesicular,* que sea espontánea (ruptura del quiste) o artificial (punciones evacuadoras o exploradoras). Esta evacuación provoca la evolución vesicular de los scolex por un mecanismo que puede ser complejo; supresión de la tensión hidática, modificaciones bio-químicas del líquido quístico; rezumo bilioso más o menos séptico en la bolsa evacuada".

"3.° La infección del espacio perivesicular o endoquístico (espacio virtual, verdadera *zona despegable,* separando la vesícula parasitaria de su quiste adventicio) en las vísceras de estructura glandular—nosotros haremos sobre todo alusión al hígado y al pulmón—esta infección reconoce casi siempre un origen canalicular, mucoso".

"4.° "En fin, en el caso particular de los quistes del hígado, la existencia de un rezumo bilioso en el espacio perivesicular llega a ser un importante factor de la vesiculación endógena".

"Las dos últimas causas actúan, sobre todo, alterando la vitalidad de la membrana madre. Sin embargo, su acción es, sin duda, más compleja: ya antes que los microbios y los leucocitos hayan logrado insinuarse entre las múltiples capas cuticulares es probable que los productos dializables del pus y de la bilis hayan comenzado a atravesar la pared vesicular desfalleciente, e impresionando los scolex hayan provocado su sacudida reaccional".

"Una nota merece ser subrayada a continuación de esta enumeración de los principales procesos pro-

vocadores de la vesiculación endógena; es que las *probabilidades y la frecuencia de su intervención aumentan naturalmente con la edad de la lesión.* Y es porque en el niño y en el adolescente los quistes hidatídicos, aún voluminosos, están casi siempre (90 veces sobre 100) desprovistos de vesículas hijas".

La vesiculación endógena tiene la significación de un verdadero acto defensivo, merced al cual el parásito, reaccionando contra injurias o ataque que ponen en peligro su vitalidad, adopta en la forma vesicular, un estado de mayor resistencia, con el cual trata de asegurar su vida individual, y de esto también la perpetuación de la especie. En la transformación quística de los gérmenes equinocóccicos (scolex y vesículas prolígeras) contenidos dentro de la membrana madre y obtenidos sobre todo a costa de una cuticularización, debemos ver entonces la manera cómo el parásito se defiende contra ataques o inclemencias.

En la vesiculación endógena, prácticamente por lo menos, las hidátides hijas se producen, sobre todo, a costa de los scolex: los scolex son, como ha dicho Dévé el "elemento equinocóccico individualizado, independiente, resistente y vivaz". Son estos gérmenes, destinados en el ciclo natural del parásito a originar dentro del intestino de un perro—u otro huésped eventual—una tenia equinococus, los que, cuando las circunstancias lo exigen, cambian ese porvenir truncado por un presente, en el cual, al transformarse en vesículas,

renuncian a la meta que les estaba destinada, dejando para otros que vendrán después, la prosecución de ese ciclo evolutivo. Y en todo esto se debe ver una manifestación del instinto de conservación individual, cuyo verdadero punto de mira, sin embargo, está en la perpetuación de la especie.

Una observación general de las hidátides, en los distintos órganos, nos muestra efectivamente que la vesiculación endógena se origina en las condiciones y circunstancias que se deducen de esos principios tan bien establecidos por Dévé. En el caso especial de los quistes hidatídicos del pulmón, sin embargo, la misma observación nos demuestra que en ese órgano las vesículas hijas no se producen con la frecuencia de otros órganos y mucho menos con la frecuencia que debiera originarse si en el pulmón la vesiculación filial, en su producción, siguiese estrictamente esos principios que acabamos de ver (1).

El pulmón, sin embargo, no es un órgano donde el parásito pueda pasar una larga existencia conservando su integridad, y sin que sobre él, actúen esos factores capaces de despertar la vitalidad reaccional de los scolex en el sentido de su transformación vesicular.

Las hidátides—la observación lo demuestra—tie-

---

(1) Dévé en su estudio ya citado, "Le Kyste Hydatique multivesiculaire du foie", antes de entrar a considerar las condiciones patológicas de la vesiculación endógena, dice: "Nosotros hemos tomado por objeto preciso de este estudio el quiste hidatídico del hígado, en mucho el más frecuente(puesto que él representa el 75% de los casos). Pero nosotros podemos decir de antemano que la mayor parte de las nociones que vamos a exponer son aplicables, "mutatis mutandis", a las otras localizaciones de la enfermedad hidática".

nen en casi todos los órganos una susceptibilidad bien manifiesta y bastan, por cierto, causas insignificantes para despertar en ellas el movimiento reaccional de defensa, que se traduce por la producción de vesículas hijas. ¿Por qué, entonces, las hidátides del pulmón, bastante expuestas, seguramente, a esas causas de conmoción, nos dan en tan insignificante o nulo porcentaje esa manifestación de su poder reaccional? Nosotros creemos que varios deben ser los motivos o causas de esa escasez o nula producción de vesículas hijas en las hidátides del pulmón.

En primer término, menester es tener en cuenta, como la observación nos lo demuestra, que las hidátides del pulmón no son de las más ricas en scolex; aún tratándose de hidátides pulmonares grandes, es difícil encontrar en ellas esa abundancia de arenilla quística que se halla con frecuencia en las hidátides del hígado. Por otra parte, es necesario también reconocer que muchas hidátides del pulmón se eliminan por vómica o se extirpan por una intervención, cuando todavía el parásito es relativamente pequeño y joven, sin que todavía saliera de su condición de hidátide acefalocisto. Pero, apresurémonos a expresarlo, no creemos que únicamente en estos motivos enunciados se encuentre toda la explicación y el por qué de la pobreza de la vesiculación endógena en la equinococosis pulmonar.

La observación nos muestra muchas veces que hidátides grandes del pulmón, limpias o supuradas, abiertas o intactas, y circundadas por un espacio perivesicular séptico y purulento, son, sin embargo, pará-

sitos adoptando la forma monovesicular y no hidátides llenas de vesículas hijas, como fuera dado esperar, dadas las circunstancias y las condiciones de su desarrollo. La observación también nos revela que la hidatidosis secundaria local del pulmón es un acontecimiento que no se presenta, no obstante lo común que es la ruptura de la hidátide, con la consiguiente siembra de los scolex en el árbol bronquial.

Las mismas hemóptisis que preceden a las rupturas y vómicas, teóricamente por lo menos, nos ponen en el caso de admitir la posibilidad de una siembra de scolex en el propio pulmón o en la periquística y, sin embargo, esto nunca acontece. La hidatidosis secundaria del pulmón, de origen brónquico, no es de observación clínica, a pesar de que experimentalmente haya podido Dévé obtenerla por siembra intratraqueal de arenilla equincoóccica (1).

En el pulmón, dadas sus condiciones anatómicas y fisiológicas, los scolex no encuentran un órgano o un medio que se preste para su transformación vesicular. Las causas que en nuestro concepto—y fuera de las expuestas—se oponen o hacen difícil la vesiculación filial o la hidatidosis secundaria local de origen brónquico, se deducen de las consideraciones siguientes:

El pulmón, considerado desde el punto de vista histológico y como terreno para la transformación vesicular, no es un tejido que no se preste para la vida

(1) Dévé. "Ensemensement intra-trachial de sable echinococcique. Echinococcose secondaire du poumon, d'origine bronchique". Société de Biologie. 16 Juillet 1904.

del parásito; la frecuencia de la hidatidosis primitiva pulmonar y la posibilidad de la hidatidosis secundaria local y especialmente la metastática intraparenquimatosa, muestran que el órgano suministra los elementos nutritivos necesarios para el desarrollo del embrión hexacanto y de los scolex. Clínica y experimentalmente la hidatidosis secundaria del pulmón obtenida por siembra local intra-parenquimatosa o metastáticamente por vía sanguínea—ha sido encontrada y demostrada por varios observadores. En lo que concierne a la hidatidosis secundaria metastática del pulmón, si bien no hemos podido observar ningún caso, menester es tener en cuenta que esta forma de equinococosis pulmonar no se observa en los niños, por cuanto el tiempo requerido para el desarrollo y ruptura de la hidátide primitiva, más el tiempo necesario para el ulterior desenvolvimiento de los scolex trasladados por vía sanguínea al pulmón, sobrepasa muy fácilmente el límite de edad que se concede a la infancia. En cuanto a la hidatidosis secundaria experimental, local o metastática, ha sido probada, y nosotros, entre otros experimentadores, hemos podido también obtenerla. Nuestros resultados fueron publicados en la tesis de doctorado y en otro estudio que presentamos al segundo Congreso Nacional de Medicina celebrado en Buenos Aires el año 1922 (1).

(1) En esta comunicación, y en lo que se refiere a la inoculación experimental de scolex en el pulmón y pleura, figuran las siguientes experiencias: 2 inoculaciones intrapleurales, ambas con resultado positivo; 3 inoculaciones intrapulmonares (llevando, por punción a través de la pared toráxica, los scolex hasta el parénquima pulmonar) con resultado igualmente positivo; 13 inoculaciones endovenosas en las cuales se obtuvieron sólo 2 resultados positivos. (Hidatidosis. Actas y trabajos del segundo Congreso Nacional de Mericina celebrado en Buenos Aires, en octubre de 1922. Tomo 1.º, página 83 y siguientes).

Es con el pulmón, fisiológicamente considerado, con quien seguramente no se aviene la transfiguración vesicular de los scolex, tanto en la vesiculación filial endógena como en la transformación quística de los gérmenes equinocóccicos que salen fuera de la membrana madre. En el pulmón, cuando las hidátides adquieren ya cierto desarrollo, y muy especialmente cuando ellas son peribrónquicas, ven su vitalidad y crecimiento un tanto comprometidos, y esto debiera ser un motivo para que reaccionalmente se produjese una vesiculación endógena de los scolex; si en el parásito no se produce ese movimiento defensivo de los gérmenes, es probablemente a consecuencia del medio especial que la función del pulmón crea para esos scolex.

No obstante presentarse para las hidátides alojadas en el pulmón, muy frecuentemente, esas causas o motivos, que como la ruptura, la supuración del espacio perivesicular o la dialización de sustancias o toxinas, incitan en las hidátides de otros órganos a la formación de vesículas hijas, la vesiculación endógena en las hidátides pulmonares no se produce en la forma y medida que era dado esperar, porque el fenómeno de la vesiculación es un acto que se efectúa en el medio interno y no en el ambiente donde quizá el aire introducido por los bronquios cambia las condiciones y la suerte de esos scolex. Efectivamente, el aire, dada la inmensa cantidad de cavidades quísticas en comunicación con bronquios, es un elemento que con mucha frecuencia llega a la hidátide y a los scolex y su presencia

debe inhabilitar a esos gérmenes para su transformación vesicular. Aún para aquellos scolex que por ruptura de la hidátide se desparraman en la mucosa bronquial y en la cavidad quística, el aire, por su acción química y mecánica, constituye una traba para el injerto y vesiculación secundaria local de origen bronquico. A esto todavía deberá agregarse la fuerza expulsiva de la tos y de la mucosa bronquial con su epitelio ciliado.

Bajo la acción del aire, tanto la hidátide como los gérmenes que encierra, cambian de medio y se colocan desde ya en el "medio externo" que es el que los conduce a proseguir su evolución parasitaria natural, esto es, el gran ciclo evolutivo del parásito; su suerte está ya en la vómica o expectoración, con sus ulterioridades, que le ponen en el camino de poder alcanzar el intestino del perro o de otro huésped eventual.

Capítulo II

DISTINTAS FORMAS DE LA EQUINOCOCOSIS HIDATIDICA PULMONAR EN LA INFANCIA

La estada y evolución de la hidátide en el pulmón del niño — tanto por razones inherentes al estado del parásito, cuanto por la manera especial como el órgano reacciona frente al invasor — origina una serie de modalidades o formas dentro de la misma enfermedad. Así vemos, que fuera aún de las diferencias o variaciones que en la afección puede determinar el factor individual, la equinococosis hidatídica del pulmón presenta además, en su exteriorización, una serie de formas que si bien, en el fondo, responden a una misma causa y son, en rigor, diversos estados de la misma afección, no por eso dejan de representar diferentes modalidades o distintos tipos clínicos de la enfermedad.

Sabemos también que el pulmón no es solamente asiento de hidátides primitivas sinó que también en él — muy excepcionalmente es cierto — puede desenvolverse una curiosa forma de la equinococosis secundaria; la equinococosis metastática del pulmón. Fuera todavía de la equinococosis metastática, en la cual y

mediante la circulación sanguínea el pulmón es la víctima de gérmenes movilizados provenientes de una hidátide de otro órgano, la equinococosis secundaria puede también originarse directamente por ruptura y siembra de una hidátide primitiva desenvuelta en el propio órgano. Igualmente como equinococosis secundaria local del pulmón, por invasión directa, deben considerarse aquellos casos donde hidátides provenientes de otros órganos más o menos vecinos — hígado o bazo — inoculan directamente sus scolex en el parénquima o superficie pulmonar, y originan así la forma vesicular en un órgano que no es el de su origen natal.

En todas estas manifestaciones de la equinococosis primitiva o secundaria, el pulmón y su serosa constituyen el terreno en el cual el parásito adquiere su forma vesicular o de hidátide, a partir del embrión hexacanto en la equinococosis primitiva, o de los scolex en la equinococosis secundaria; tanto en una como en otra manifestación, el parásito se hospeda, vive y evoluciona en el terreno pulmonar.

Pero es el caso que el pulmón puede también en determinadas circunstancias prestarse a recoger en su seno o en su serosa los detritus de hidátides que desenvueltas en otros órganos, y habiendo perdido su integridad, llegan no obstante hasta el pulmón, no ya como gérmenes para ingertarse y colonizar, sino como cuerpos muertos, en vías de expulsión.

Cuando se ha tenido la oportunidad de observar esas grandes hidátides abdominales, del hígado sobre todo, con evolución superior o torácica, se comprende

todo lo expuesto que están los pulmones — el derecho especialmente — para complicarse en los accidentes expulsivos que pueden ocurrir en esos tumores, que si bien son intraabdominales, su crecimiento hacia arriba termina por adelgazar y destruir el diafragma, y hasta por contraer adherencias con la base del pulmón. Naturalmente que en estas condiciones la posibilidad de la ruptura y expulsión de la hidátide abdominal a través del árbol brónquico es factible y de esa manera el pulmón — a modo de órgano de tránsito — puede ofrecer terreno para una fístula bronco-hepática o para una cavidad o caverna donde se observan restos hidatídicos provenientes del hígado, y ajenos, por lo tanto, al pulmón. (Radiografías números 44, 45, 46 y 47).

Otro tanto ocurre en aquellos excepcionales casos de embolias hidatídicas pulmonares, a las que algunos autores han confundido con las metástasis hidatídicas del pulmón. Aquí se trata de trozos de membranas o de vesículas pertenecientes a una hidátide del corazón derecho o del hígado, rota y vertida en la cavidad cardíaca o en vasos sanguíneos, y que por la corriente circulatoria van a detenerse en los dominios de la arteria pulmonar, constituyendo verdaderas embolias, de gravísimas consecuencias, pues determinan accidentes rápidamente mortales.

Tanto en las embolias hidatídicas pulmonares como en los casos aquellos donde una hidátide abdominal penetra en la cavidad torácica e invade el pulmón aprovechando de su aparato brónquico para su vaciamiento, no se asiste, en rigor, a una equinococosis

pulmonar, por cuanto en uno como en otro caso no se observan en el parénquima del pulmón hidátides vivas y en evolución, sino sencillamente desperdicios de membranas o de vesículas, verdaderos deshechos en vías de expulsión.

Expresadas así las distintas formas y alcances de la equinococosis pulmonar, veamos cuales de ellas, según nuestra observación, son las que se presentan en la infancia.

No cabe duda de que en el niño la equinococosis hidatídica primitiva es la forma habitual de la enfermedad hasta el punto de constituir ella la regla; sólo excepcionalmente puede darse el caso de una equinococosis secundaria local, y en cuanto a la equinococosis metastática ella nunca se presenta en la infancia. Si bien es cierto que en el adulto la forma común también la constituye la equinococosis primitiva, se puede afirmar que en el niño la predominancia de esa forma es aún más absoluta.

La equinococosis pulmonar primitiva en la infancia es casi siempre unilateral, teniendo una predilección marcada por el pulmón derecho; según nuestra estadística, de 100 observaciones de equinococosis unilateral, 54 corresponden al pulmón derecho y solo 39 al pulmón izquierdo.

La equinococosis pulmonar primitiva bilateral se observa algunas veces en la infancia; en 7 observaciones, de las 107 que nosotros publicamos en este trabajo, se han podido comprobar hidátides primitivas en ambos pulmones a la vez.

La equinococosis pulmonar primitiva múltiple (más de una hidátide en el aparato pulmonar) no alcanza en la infancia la proporción de 10 %. Así, en nuestras 107 observaciones de equinococosis primitiva, solo en 9 de ellas se encontraron más de una hidátide ubicadas en uno o en ambos pulmones. (Radiografías números 18 y 19).

La equinococosis pulmonar primitiva coincidiendo con la equinococosis hepática — forma hépato-pulmonar — se observa en la infancia con relativa frecuencia. Así, según nuestra estadística, en 30 observaciones, de las 107 con que ella cuenta, se han encontrado concomitantemente hidátides del pulmón y del hígado. En la equinococosis primitiva hépato-pulmonar se trata, naturalmente, de hidátides pulmonares patogénicamente independientes de las hidátides hepáticas y sin ninguna relación causal entre ellas; tanto unas como otras son la consecuencia de una infección múltiple, esto es, de la múltiple ingestión de huevos provenientes de una tenia equinococus.

En ninguna de las observaciones de hidatidosis hépato-pulmonar hemos podido ni siquiera sospechar del origen primitivo de las hidátides del pulmón y de su desarrollo paralelo y contemporáneo con las hidátides del hígado. Fuera de que en ninguna de esas observaciones hemos hallado en las hidátides hepáticas signos que hicieran presumir una ruptura intravenosa, tampoco en ellas hemos encontrado datos como para poder afirmar su antigüedad o anterioridad con respecto a las hidátides del pulmón. Y lo cierto es

que aún en el caso de haber podido establecer esa antelación o subordinación de edades, eso no era motivo para pensar en un origen secundario de las hidátides del pulmón, pues viviendo el niño en un ambiente equinocóccico nada impide que por una infección repetida los primeros huevos ingeridos se localicen en el hígado, y que un tiempo después, la ingestión de otros, de lugar a una localización pulmonar.

Como puede verse también en las observaciones de hidatidosis equinocóccica hépato-pulmonar que presentamos, el hígado — cuando se trata de hidátides múltiples — conserva casi siempre su primacía en lo que a número de hidátides se refiere. Esta predilección hepática es índice del carácter primitivo de la equinococosis, lo contrario de lo que ocurre en la equinococosis metastática del pulmón a punto de partida hepático donde esa fórmula se invierte y donde, por lo tanto, para una hidátide del hígado hay en cambio varias hidátides en los pulmones.

La equinococosis metastática pulmonar no se observa durante la infancia; como lo dijimos ya, jamás en nuestra práctica la hemos visto ni hemos tenido motivo para sospecharla o presumirla. Cada vez que concomitantemente hemos comprobado con hadátides del pulmón, hidátides de otros órganos — hígado, bazo o riñón — nunca formales elementos de juicio nos han hecho supeditar las hidátides pulmonares a las hidátides de esos otros órganos.

Como bien lo demuestran las observaciones conocidas de equinococosis metastática pulmonar, en la infancia nunca se presenta esta forma de hidatidosis

secundaria. Es precisamente refiriéndose a esta inexistencia de las metástasis hidatídicas pulmonares en el niño, y teniendo también en cuenta el sitio u órgano de las hidátides primitivas originarias, que la Doctora Edmée Dévé (1) dice así: "la equinococosis pulmonar metastática, complicando los quistes óseos, atacaría exclusivamente individuos viejos; aquella que complica los quístes del hígado, individuos aproximándose a los 40 años de edad; en fin, aquella que complica los quistes del corazón—en mucho, los más frecuentes—a individuos jóvenes". A estas notas nosotros agregaremos que las metástasis hidáticas pulmonares no han sido jamás observadas en la infancia.

Existen, seguramente, motivos para explicar la falta de presentación de la equinococosis pulmonar metastática en la niñez. Tratándose de una forma de carácter secundario, y que es toda una complicación patológica, que exige no solamente el tiempo requerido para el desarrollo de una primera hidátide fértil, grande y frágil, sino también el tiempo indispensable para que su siembra metastásica se exteriorice, la infancia, con sus 14 años, es posible que no conceda el suficiente tiempo para que las hidátides secundarias del pulmón se manifiesten. Aún dado el caso de que en el niño portador de una hidátide primitiva del hígado o del hueso íliaco se cumplieran los requisitos necesarios para la eclosión de una equinococosis secundaria metastática del pulmón, la aparición clínica de las

(1) Doctora Edmée Dévé. L'echinococcose pulmonaire metastatique. París 1916.

hidátides secundarias excedería los 14 años; a lo sumo, en la infancia, sólo podría estar en latencia la equinococosis metastática del pulmón. Tal es la explicación que sobre la inexistencia de la equinococosis pulmonar metastática en la niñez vemos aceptada en el trabajo ya citado de la Doctora Edmée Dévé, cuando expresa: "En cuanto a la ausencia de la equinococosis pulmonar metastática por debajo de la edad de 15 años, ella se explica muy simplemente por este hecho, que se tiene que hacer, en la especie, con una manifestación patológica secundaria, que exige no solamente la existencia previa de un quíste primitivo fértil y bastante voluminoso para romperse, sino todavía un tiempo suficiente para permitir el desenvolvimiento de los quístes secundarios".

Si bien es verdad que la falta de tiempo, en líneas generales, constituye una explicación satisfactoria para aclarar el hecho de observación, según el cual la equinococosis metastática pulmonar no se observa en el niño, debemos también dejar constancia que la misma observación nos muestra que en la infancia tampoco hemos podido observar localizaciones hidatídicas óseas — en los huesos íliacos — o hidátides del corazón, capaces ambas, como así lo enseñan los casos conocidos, de originar por embolias de gérmenes las metástasis pulmonares. No ocurre seguramente lo propio en lo que se refiere a las hidátides del hígado tan frecuentes, como se sabe, en el niño; no olvidemos, por otra parte, que en niñitos de pocos años suelen ya observarse hidátides hepáticas relativamente grandes,

para las cuales no creemos que pudiera resultar corto el límite de edad de la infancia en el caso de que las circunstancias los colocasen en las condiciones requeridas para con sus gérmenes, trasladados por la corriente sanguínea, de sembrar de hidátides el parénquima pulmonar. La equinococosis metastática pulmonar, aunque no se haya observado en la infancia, no es por eso imposible.

La equinococosis metastática del pulmón ha podido ser demostrada experimentalmente. Dévé (1), en una de sus experiencias, inoculando en la vena de la oreja de un conejo dos centímetros cúbicos de líquido hidatídico, conteniendo en suspensión vesículas prolígeras, obtuvo, al cabo de noventa y cinco días en que sacrificó al animal, la formación de tres pequeños quistes en el lóbulo medio del pulmón derecho.

Nosotros, por nuestra parte, también hemos efectuado una serie de experiencias con líquido hidatídico proveniente de quistes desenvueltos en el hígado y riñón de niños. Si bien los resultados que obtuvimos fueron publicados ya en nuestra tésis de doctorado y en las actas y trabajos del Segundo Congreso de Medicina celebrado en Buenos Aires en el mes de octubre 1922, creemos útil recordarlos otra vez aquí.

Hemos efectuado once experiencias inoculando diez veces en la vena auricular y una vez en la vena de la pared abdominal, líquido cargado con arenilla quística obtenido de hidátides limpias desarrolladas en la glán-

(1) Félix Dévé. De L'echinococcose secondaire embolique. Société de Biologie, 8 Juin 1901, y tesis inaugural, experiencia 54, página 52.

dula hepática o en el riñón de niños. Los resultados conseguidos pueden verse en el relato de esas experiencias que a continuación transcribimos.

Experiencia Nº 1 (Inoculación intravenosa):

Inoculación por inyección en la vena de la oreja de un conejo, de líquido hidatídico, llevando arenilla en suspensión, y extraída de un quiste hidatídico del hígado.

El animal es muerto veinte días después de la inoculación, y distintos cortes efectuados en los pulmones no nos revelan nada anormal. No se comprueba formación hidatídica alguna.

Experiencia N.° 2 (Inoculación intravenosa).

Con gérmenes equinocóccicos provenientes del mismo quiste que nos sirvió en la experiencia anterior, efectuamos una inyección intravenosa en la vena de la oreja.

A los cincuenta días de efectuada la inoculación matamos al conejo, y en la autopsia encontramos normales los pulmones.

Cortes practicados en distintos sitios y direcciones no nos revelan formación equinocóccica alguna.

Experiencia N.° 3 (Inoculación intravenosa).

Inyección intravenosa de arenilla quística en la vena de la oreja; gérmenes equinocóccicos provenientes de la misma hidátide que en las dos experiencias anteriores.

A los dos meses muere el conejo y no encontramos en los pulmones, por los diversos cortes efectuados, ninguna formación equinocóccica. En el flanco

derecho se nota un voluminoso absceso, cuyo pus examinamos sin encontrar ningún gancho equinocóccico.

Experiencia N.° 4 (Inoculación intravenosa).

Inoculación por inyección intravenosa en la vena de la oreja, de scolex y prolígeras provenientes de un quiste hidatídico del hígado. Cinco horas transcurrieron entre la extracción del quiste y la inoculación.

Trece meses despues de la inoculacion se mata el conejo y se efectua la autopsia, no encontrando nada anormal en ninguno de los dos pulmones, sobre los cuales se hacen cortes en distintos sitios y direcciones.

Experiencia N.° 5. (Inoculacion intravenosa).

Inoculacion intravenosa de liquido hidatidico con scolex y prolígeras en la vena de la oreja. Gérmenes equinococcicos provenientes de la hidátide que sirvió para las experiencias números 1, 2 y 3.

La autopsia efectuada ochenta días después de la inoculacion muestra en ambos pulmones, y sobre todo en su cara externa, pequeños granos blanquizcos o tubérculos. (Granulia equinocóccica).

No se pudieron efectuar cortes, ni estudio microscópico.

Experiencia N.° 6. (Inoculación intravenosa).

Inyección intravenosa en la vena de la oreja, de dos centímetros cúbicos de líquido hidatídico con scolex y prolígeras en suspensión, provenientes de un quiste hidatídico del hígado operado una hora antes de la inoculación. Esta fué efectuada el 2 de agosto de 1904.

El 2 de agosto de 1906, a los dos años justos de

haber efectuado la inoculación, resolví matar al animal, y en la autopsia encontré en los pulmones varios tumores, cuya situación, tamaño y número paso a describir. (Fotografías números 14 y 15).

En el pulmón derecho hay tres hidátides: la primera, del tamaño de una avellana, está situada en el lóbulo mediano y comunica con un bronquio grueso; la segunda, del tamaño de una lenteja, está situada en el borde del lóbulo superior, pediculada y casi completamente enucleada; la tercera, del tamaño de un grano de maíz, situada también en el lóbulo superior del lado del mediastino posterior.

En el pulmón izquierdo, lóbulo inferior, se observan apelotonados cinco tumores hidatídicos, de los cuales cuatro son del tamaño de lentejas, y el quinto, situado por debajo de todos ellos, presenta el tamaño de una almendra.

Todas las hidátides tienen un contenido claro y transparente. Las pleuras parietal y visceral no adherían en ninguna parte.

El estudio anátomo-patológico nos muestra que se trata de pequeños quistes hidatídicos; una periquística fibrosa, una germinativa quitinosa y un líquido claro, en el que no hemos podido encontrar scolex o vesículas prolígeras.

En algunos de ellos y en la zona de infiltración leucocitaria hemos comprobado eosinófilos abundantes.

Experiencia N.° 7. (Inoculación intravenosa).

Inoculación intravenosa de arenilla quística en una vena de la pared abdominal. Los gérmenes provienen de un quiste hidatídico del hígado.

Seis meses después se mata al animal y la autopsia nos enseña una pequeña masa poliquística en el tejido subcutáneo correspondiente al sitio donde efectuamos la disección de la vena para proceder a la inyección.

El estudio de los pulmones y demás órganos no nos demuestra nada anormal.

Experiencia N.° 8. (Inoculación intravenosa).

Inoculación intravenosa de arenilla quística proveniente de un quiste hidatídico del hígado con vesículas hijas.

Un año después la autopsia no demuestra en los pulmones formación alguna de naturaleza equinocóccica.

(Previamente a la autopsia se sacó una radiografía del tórax que resultó negativa).

Experiencia N.° 9. (Inoculación intravenosa).

Inoculación intravenosa en la vena auricular de un conejo, de gérmenes equinocóccicos provenientes de un quiste hidatídico limpio del hígado.

Cinco meses después el conejo muere y la autopsia no demuestra en los pulmones ni en ningún otro órgano formación alguna de naturaleza equinocóccica.

Experiencia N.° 10. (Inoculación intravenosa).

Inoculación intravenosa en la vena auricular, de líquido con arenilla quística proveniente de un quiste limpio del riñón.

Ocho meses después el animal muere, y en la autopsia se reconocen múltiples lesiones tuberculosas en ambos pulmones. No es posible comprobar lesión alguna de naturaleza equinocóccica.

Experiencia N.° 11. (Inoculación intravenosa).

Inoculación intravenosa, en la vena auricular de un conejo, con líquido hidatídico cargado de arenilla quística y proveniente de un quiste hidatídico limpio del riñón.

A los siete meses de efectuada la inoculación, resolvemos matar al animal, y en la autopsia efectuada encontramos una equinococosis secundaria desenvuelta en el pulmón derecho (Fotografía N.° 13).

Por el examen macroscópico se aperciben siete quistes desenvueltos todos en los lóbulos inferior y medio del pulmón derecho. En el lóbulo inferior se han desarrollado seis producciones quísticas; dos de esas producciones son del tamaño de un grano de maíz, otra es del tamaño de un grano de arroz y las tres restantes tienen un tamaño aproximado al de una cabeza de alfiler.

En el lóbulo medio y cerca de la cisura que le separa del lóbulo inferior, hay otro quistecito, cuyo tamaño es igual al de una cabeza de alfiler.

Todos los quistecitos hacen relieve en la superficie del pulmón; los tres mayores muestran contener un líquido claro y transparente, los menores son de una coloración blanco lechosa.

No se comprobó que existieran adherencias pleurales en ningún sitio. El examen del corazón, del hígado, del bazo y de los riñones, no demostró nada anormal.

La equinococosis secundaria del pulmón, no ya por embolia o metástasis, sino directa o local, es de

observación muy rara en el niño. Como bien sabemos, esta forma de equinococosis secundaria pulmonar puede originarse como consecuencia de la ruptura y siembra de una hidátide del propio pulmón, del hígado o del bazo, así como también por la localización visceral de una equinococosis secundaria de la pleura.

La equinococosis secundaria del pulmón originada por la ruptura y siembra de una hidátide primitiva alojada en el mismo órgano, constituye una rara complicación; sin embargo, alguna vez puede presentarse en la infancia. Para que esta forma de equinococosis pulmonar se produzca, menester es que los scolex o vesículas prolígeras de una fértil hidátide, por ruptura de ésta, se alojen y evolucionen hacia la forma vesicular en el propio parénquima del órgano.

La transformación vesicular en el seno del tejido pulmonar es un proceso que experimentalmente se ha podido demostrar. Ya Dévé en 1901 (1), en cuatro de sus experiencias inoculando vesículas prolígeras en el tejido pulmonar, obtiene cuatro resultados positivos. Nosotros, unos años después, hemos podido confirmar los resultados de esas experiencias.

Oportuno nos parece recordar aquí los resultados de nuestras tres experiencias personales, efectuadas en el año 1907 y que fueron ya consignadas en nuestra tesis de doctorado del año 1908.

Experiencia XXX. Inoculación intrapulmonar izquierda de arenilla quística proveniente de un quiste

(1) Dévé Félix. De l'echinococcose secondaire. Thése 1901.

hidatídico del hígado, operado tres horas antes y mantenido hasta tanto en una estufa a 37°.

La autopsia se efectúa ciento tres días después y se encuentra en el lóbulo superior del pulmón inoculado, dentro del parénquima, pero visible a través de la pleura visceral, cuatro quistecitos unidos entre sí con contenido transparente y del tamaño cada uno igual al de una cabeza de alfiler.

El examen microscópico los muestra desarrollados en el parénquima del pulmón e independientes unos de otros. Junto a ellos se aperciben otros scolex destruidos y ganchos desparramados.

Experiencia XXXI. Inoculación intrapulmonar en el pulmón derecho, de arenilla quística con igual proveniencia a la de la experiencia anterior.

Se mata el animal cinco meses después de efectuada la inoculación y la autopsia muestra: 1.°, tres quistecitos de tres milímetros de diámetro, situados en la cavidad pleural y adheridos a la hoja visceral; 2.°, cinco quistecitos formando una masa como del tamaño de una lenteja, a contenido transparente, situada en el parénquima correspondiente al lóbulo medio del pulmón.

El examen microscópico muestra la naturaleza equinocóccica de todas esas producciones.

Experiencia XXXII. Inoculación intrapulmonar de arenilla quística proveniente de un quiste hidatídico del epiplón; la inoculación se efectúa en el pulmón izquierdo.

Sesenta días después se procede a efectuar la

autopsia y se encuentran en la pleura izquierda y en el pulmón correspondiente pequeños conglomerados formados por la reunión de quistecitos de tamaño menor al de una cabeza de alfiler. No se efectúa examen microscópico. (Estas tres experiencias fueron efectuadas en conejos).

Estos resultados demuestran que el tejido pulmonar es un terreno favorable para la siembra y evolución de los scolex. La observación, por otra parte, nos demuestra que la ruptura de las hidátides primitivas del pulmón es un accidente que se presenta con bastante frecuencia; ¿cómo es entonces que, mediando a menudo esos dos factores, la equinococosis secundaria local del pulmón es un hecho tan raro? Veamos su explicación.

La ruptura expontánea de las hidátides del pulmón acaece, como sabemos, casi siempre, como consecuencia de la supuración. Los bronquios, tan frecuentemente en comunicación con la cavidad donde se aloja la hidátide, son los encargados de hacer llegar hasta el parásito la infección purulenta: la infección y luego la supuración del espacio perivesicular — a la vez que enturbia la inmaculada blancura de la membrana y la transparencia de cristal de su líquido — altera y horada la pared del parásito, provocando su ruptura. En estas condiciones la hidátide abierta e infectada en medio de una cavidad infectada y abierta también, dada su comunicación bronquial, vuelca todo o parte de su contenido en una vómica: sus gérmenes, scolex y vesículas prolígeras, en un medio purulento aereado

y removido, son eliminados unos y otros, y pierden su vitalidad sin que la siembra o ingerto — por falta de terreno y de ambiente — se origine ni en la cavidad donde se anidaba la hidátide, ni en las ramas bronquicas por donde se elimina. En estas condiciones la hidátide materna y primitiva perece y se elimina parcial o totalmente, sin que sus gérmenes, por transformación vesicular, den lugar ni a vesículas hijas ni a hidátides secundarias.

Sin embargo, excepcionalmente, puede suceder que la ruptura de una hidátide en el seno del pulmón no se produzca en las condiciones comunes que acabamos de consignar. Hidátides pulmonares hay, especialmente periféricas, cuya integridad y limpieza demuestran, por lo menos macroscópicamente, un estado aséptico completo; la cavidad y periquística que ellas dejan, una vez extraídas por una intervención, no muestran comunicación bronquial alguna. Si estas hidátides, vírgenes de toda infección y aisladas del árbol brónquico, se rompen, sus gérmenes — vesículas prolígeras y scolex — derramadas en la cavidad y con más razón aún en el parénquima pulmonar, cuando una efracción de la periquística lo permite, pueden evolucionar hacia la forma vesicular y producir "in situ" una equinococosis secundaria. Naturalmente que para que la ruptura acontezca en estas hidátides fértiles, exentas de la infección purulenta y de comunicación bronquial, menester es admitir la intervención de un factor extraño capaz de determinar la ruptura de la hidátide: tal factor sería el traumatismo.

Sabemos que hay autores que explican la ruptura frecuente de las hidátides pulmonares y la consiguiente vómica por los continuos cambios de presión a que están sometidas las hidátides pulmonares, así como también por los verdaderos traumatismos que ellas experimentan a causa de la tos que provoca su presencia (1). No son por cierto estos traumatismos invocados — insuficientes para producir la ruptura de una hidátide sana o intacta — los que intervienen, en nuestro concepto, en la ruptura capaz de engendrar una equinococosis secundaria local; el pulmón y la hidátide misma son lo suficientemente elásticos y blandos para resistir a esos cambios de presión. Es el traumatismo determinado por un factor o fuerza externa, el que, sin embargo, puede producir esa dehiscencia en una hidátide hasta entonces intacta e inmune de toda contaminación bronquial. En la única observación que nosotros hemos podido examinar y donde las características del caso abogan en favor de una equinococosis secundaria local del pulmón, se registra en efecto un traumatismo de consideración.

Las características de la equinococosis secundaria local del pulmón fluyen de la manera como ella se produce: en un espacio más o menos limitado del órgano se encuentran una serie de vesículas, constituyendo en su conjunto una masa poliquística, como se observa en otras equinococosis secundarias locales; estas vesícu-

(1) La tos convulsa y del sarampión, frecuente en los niños, y que la encontramos en los antecedentes de varias de nuestras observaciones en una época en que seguramente ya evolucionaba la equinococosis del pulmón, no hemos podido comprobar que en algún caso provocara la ruptura de la hidátide.

las, muy vecinas entre sí, en contacto algunas veces, de tamaño más o menos igual, no están contenidas dentro de alguna otra membrana germinativa que por su tamaño y estado pueda considerarse como una membrana madre. Si bien aparentemente este conglomerado de vesículas puede en algunos casos impresionar como el resultado de una vesiculación filial endógena, una inspección atenta muestra su origen secundario como resultado de una siembra local. Por su evolución — y en la parte que respecta a la clínica — la equinococosis secundaria local del pulmón tendría también sus características: el crecimiento precipitado y excéntricamente irregular — hasta el punto de insinuarse entre los espacios intercostales — lo mismo que en un período ulterior, las pequeñas vómicas repetidas de hidátides particularizan a ésta rara forma de equinococosis secundaria.

La equinococosis secundaria local del pulmón por siembra de gérmenes equinocóccicos provenientes de hidátides primitivas con asiento en el hígado o en el bazo, nunca la hemos observado en la infancia. Por lo que la observación nos muestra, son seguramente las hidátides primitivas del hígado, con mucho más probabilidades que las del bazo, las que pudieran, en su crecimiento o evolución, complicar el pulmón. Fuera aún de su mayor frecuencia, las hidátides hepáticas con evolución torácica, por razones de índole anatómica, son las que más amenazan al pulmón, especialmente a la base del pulmón derecho.

El estudio de la hidatidosis hepática infantil nos muestra, en efecto, de tanto en tanto, voluminosos tu-

mores, con asiento en la cara superior de la glándula y con expansión francamente torácica: tan prominente es ese crecimiento superior que, clínica y radiográficamente, más que hidátides de la cavidad abdominal, parecen ser tumores desenvueltos en la base del pulmón.

Son estas hidátides hepáticas con evolución torácica, las que, por su especial localización — sobre todo las ubicadas en la parte superior y posterior de la glándula — tardan más en exteriorizarse y, por lo tanto, en diagnosticarse: muy frecuentemente estas hidátides, cuando se descubren e intervienen, muéstranse **ya supuradas y con vesículas hijas**.

Las hidátides póstero-superiores del hígado, con evolución torácica, son las que por su situación y crecimiento tendrían más "chance" — mediando, por cierto, la indispensable perforación del diafragma — para con su ruptura y siembra de gérmenes, originar una equinococosis secundaria local de la pleura y del pulmón. Sin embargo, la observación nos muestra que ese accidente casi nunca ocurre, por cuanto en los casos donde esas hidátides hepáticas complican a la pleura y al pulmón, el proceso que ahí se produce es casi **siempre de naturaleza infecciosa**.

La complicación infecciosa pleuro-pulmonar es bastante frecuente en las hidatidosis hepáticas, cuando los tumores en su evolución tienen un crecimiento hacia el tórax. En muchos de los enfermos, portadores de hidátides con esa localización y tendencia, hemos podido observar reacciones inflamatorias importantes,

tanto de la pleura como del pulmón; hepatizaciones de la base derecha, así como derrames serosos o purulentos de la pleura, complican a menudo a las hidátides póstero-superiores del hígado. (Radiografía N.° 35). Si bien estas complicaciones acaecen con mayor razón cuando las hidátides están infectadas, también las hemos visto producirse en enfermos portadores de hidátides asépticas cuando a consecuencia de una marsupialización operatoria, la cavidad quística, ulteriormente, se infectó también.

Las complicaciones a que aludimos se establecen —y así ha sido en varias de nuestras observaciones— sin que, macroscópicamente por lo menos, se pueda establecer una comunicación entre la cavidad torácica y la cavidad abdominal, entre la pleura y el pulmón por una parte, y la hidátide hepática por otra. Sin embargo, en algunas observaciones esa comunicación o perforación se establece francamente a través del diafragma.

Cuando las hidátides póstero-superiores del hígado, mediante un proceso infeccioso, perforan al diafragma, pueden volcar su contenido, ya sea en la cavidad pleural como también en pleno parénquima pulmonar; en el primer caso, trozos de germinativa o la germinativa entera, y más frecuentemente vesículas hijas, se encuentran nadando en medio de una colección purulenta pleural; en el segundo caso, en la base del pulmón, fija a la cúpula diafragmática, se orada una verdadera caverna conteniendo detritus hidatídicos, caverna en comunicación con la cavidad quística

hepática y muy comunmente también con un bronquio a través del cual, y por vómicas diversas, salen al exterior trozos de membranas y de vesículas hijas bañadas por el pus, y muchas veces teñidas en bilis.

Es precisamente a causa de su septicidad que estas hidátides, que en su crecimiento llegan a abrirse en la pleura y en el pulmón, no siembran con sus gérmenes la cavidad y el órgano: el injerto de los scolex y vesículas prolígeras, en estos casos, se ve ahogado por el proceso infeccioso. Unicamente en los casos muy raros, donde la siembra se establece sin que la infección y especialmente la supuración complique el proceso, es cuando puede darse el caso de una equinococosis secundaria local del pulmón a expensas de gérmenes provenientes de una hidátide primitiva del hígado. Observaciones de esta índole no hemos podido hallar ninguna entre los muy numerosos casos que hemos examinado y operado en el Servicio de Cirugía del Hospital de Niños.

Las embolias hidatídicas del pulmón producidas a consecuencia de la ruptura y movilización de trozos de membranas o de vesículas hijas pertenecientes a una hidátide primitiva del hígado o del corazón, no las hemos observado tampoco nunca en los niños. Si bien es cierto que entre los casos de nuestra estadística general de hidatidosis en la infancia donde entran todas las observaciones de portadores de hidátides habidos en el Hospital de Niños — de treinta años atrás — no se menciona ninguna hidátide del corazón, en cambio figuran autopsias de numerosos casos de

hidátides hepáticas, grandes y supuradas, y en algunas de las cuales se produjeron, en vida, hemorragias de alguna consideración.

De lo que venimos exponiendo, fruto de lo que la experiencia y observación nos ha enseñado, concluímos: que la equinococosis hidatídica primitiva del pulmón es casi exclusivamente la forma que se observa en la infancia. La equinococosis secundaria, por los motivos expuestos, es excepcionalísima y cada vez lo será más por cuanto creemos que ella día a día se hace más rara, en todas las edades y en todos los órganos, como lógica consecuencia del adelanto de la hidatología. Entre nosotros, los conocimientos adquiridos y difundidos sobre la hidatidosis permiten que la enfermedad se diagnostique pronto, sin las largas contemplaciones que favorecen la complicación; por otra parte, los tratamientos se efectúan en la forma exigida por esos mismos conocimientos. A este respecto bien podemos asegurar que la Clínica y la Terapéutica han adelantado mucho más que la Profilaxia, y este debe ser el motivo por el cual si bien la hidatidosis primitiva en general, persiste y aumenta, no ocurre lo propio, en cambio, con la hidatidosis secundaria o con sus otras complicaciones

Capítulo III

DIVERSOS ASPECTOS CLINICOS DE LA EQUINOCOCOSIS HIDATIDICA PRIMITIVA PULMONAR EN LA INFANCIA

Fuera aún del factor individual, capaz de imprimir modalidad o fisonomía propia a la enfermedad, la equinococosis pulmonar ofrece diversos aspectos clínicos que dan cierto polimorfismo a la afección, o, por lo menos, una holgada variabilidad en lo que respecta al aspecto general, a los signos físicos y a los signos funcionales que le corresponden.

La diversidad de aspecto clínico de la equinococosis pulmonar se explica teniendo en cuenta la naturaleza del factor determinante, esto es, las peculiaridades que en su evolución caracterizan al estado vesicular del equinococus, así como también teniendo presente las condiciones anatómicas del órgano en el cual se desarrolla.

A este respecto, y ante todo, no debemos olvidar que la hidátide es un tumor benigno en el clásico sentido anátomo-patológico de la palabra. Esta clase de benignidad permite que el tumor, en algunos casos, y sin que el estado general se resienta, pueda alcanzar

tamaños realmente sorprendentes, dando con ello la medida de la tolerancia pulmonar y general, cuando la hidátide se desenvuelve en particulares condiciones y en determinados sitios del órgano.

A la benignidad de la vesícula hidatídica debemos agregar aún, y como factor determinante de variaciones en el cuadro sintomático, los accidentes propios de la vida del parásito en gran parte subordinados a su vez a la constitución del órgano. El pulmón, por su árbol brónquico, se presta para que de un momento a otro pueda cambiar radicalmente el estado de su huésped; no hay que olvidar que la enfermedad parasitaria puede bien pronto trocarse en una enfermedad infecciosa, cuando la hidátide, rota en parte o totalmente exteriorizada, se convierte ella y su nido en un foco donde pululan y cultivan una abundante flora microbiana.

La propia anatomía patológica de la equinococosis pulmonar contribuye para dar diversos aspectos a la enfermedad. Fuera aún de las comunicaciones bronquiales, tan frecuentes, la cavidad quística o involucro —desalojada total o parcialmente la hidátide—puede mantenerse y dar, con sus caracteres particulares, un cierto tipo a la afección.

Si es verdad que los diversos estados de la enfermedad están supeditados a los diversos estados del parásito, y en rigor, más que de distintos aspectos o tipos, se trata, en realidad, de momentos diferentes en la evolución o vida del equinococus, es innegable que, clínicamente, la equinococosis del pulmón se presenta

con aspectos diversos que justifican una división o clasificación.

La observación de la equinococosis pulmonar en la infancia nos ha mostrado una serie de estados que va desde la más completa tolerancia y bienestar hasta las formas más intensivas y caquectizantes de un padecimiento. Si bien el tamaño y la localización de la hidátide tienen su importancia en las gradaciones de la afección, es, sobre todo, la infección y la ruptura vesicular las que provocan los aspectos o tipos más detonantes de la enfermedad. Y así la observación nos muestra que una equinococosis casi completamente silenciosa y latente se torna, en corto plazo, como consecuencia de la infección y ruptura, en una equinococosis intensivamente sintomática y estrepitosa.

Ya Morquio (1), estudiando las modalidades clínicas de los quistes hidatídicos del pulmón en el niño, admite seis tipos clínicos, cuya enumeración es la siguiente:

1.° Forma latente, sin signos físicos y sin signos funcionales.
2.° Forma hemoptoica, sin signos físicos y sin signos funcionales apreciables.
3.° Forma físicamente clara con poco o ningún trastorno funcional.
4.° Forma común a base de signos físicos y signos funcionales.

(1) Morquio Luis. Quiste hidatídico del pulmón en el niño. Anales de la Facultad de Medicina. Montevideo 1921. Página 152.

5.° Forma febril o complicada.

6.° Quíste hidatídico abierto.

Si bien es cierto que la clínica nos muestra en la infancia todas estas formas a que se refiere el eminente pediatra uruguayo, cierto es también que ellas, más que tipos clínicos delimitados, constituyen grados en la evolución de la equinococosis pulmonar. Las cuatro primeras formas establecidas por Morquio, en las que la latencia de las dos primeras solo difiere por la hemóptisis — que es un síntoma frecuente y precoz — constituyen grados en toda equinococosis cuando las hidátides — de localización más o menos periférica — evolucionan sin trastornos o con complicaciones. Las dos últimas formas, si bien en algunos casos son relativamente precoces, constituyen casi siempre formas evolutivas finales, estando muy a menudo ligadas entre sí.

La latencia de la equinococosis pulmonar, esto es, la ausencia de signos físicos y funcionales que revelen o exterioricen la presencia de la hidátide, en nuestra opinión, no da fundamentos para la creación de un tipo clínico especial. El hecho de que alguna vez la pantalla radioscópica sorprenda en este órgano la sombra reveladora de una hidátide, que hasta entonces ningún signo físico o funcional traicionara su presencia, no da base suficiente para crear un tipo de equinococosis pulmonar, pues para ello menester sería que esa latencia se estabilizara y que no fuese, por el contrario, transitoria e inherente a un momento o período en la evolución de casi toda hidátide que se

desarrolla en el pulmón. Por lo que la observación nos enseña, nunca, clínicamente, tenemos que hacer con hidátides de pulmón cuyo diámetro sea menor de 3 cmts., lo que equivale, por deducción, a admitir que lo que pudiéramos llamar la hidatidosis incipiente del pulmón es siempre silenciosa, sin síntomas físicos ni funcionales. Apenas si alguna vez, excepcionalmente, una hidátide que no ha alcanzado aún ese tamaño, por su situación central, prematuramente contrae relaciones bronquiales, y prematuramente también se acusa por signos funcionales.

La hemóptisis, que como síntoma de la equinococosis pulmonar se la encuentra con bastante frecuencia entre los antecedentes relacionados con la enfermedad, no es, sin embargo, lo suficientemente intensa e insistente, en la mayor parte de las observaciones, para con ella sola, dentro de la hidatidosis pulmonar, constituir un tipo clínico particular. Si bien en la infancia la hemóptisis tiene un gran valor en el cuadro sintomático de la equinocososis pulmonar, no por ello, en ningún caso, la vemos monopolizar el aspecto clínico de la enfermedad. Y así en muchas de nuestras observaciones la hemóptisis solo constituye un mero episodio de la afección, de gran valor diagnóstico es cierto, pero transitorio, y, como ya lo dijimos, sin la intensidad o insistencia suficiente como para marcar tipo dentro de la afección.

La sintomatología física y funcional no puede tampoco, en rigor, por sí sola, delimitarnos bien un tipo clínico de la afección. Tanto los síntomas físicos como

los funcionales despertados por la presencia y evolución de la hidátide del pulmón están a su vez subordinados en gran parte al tamaño de la hidátide y al sitio del órgano donde el parásito se desenvuelve.

La variabilidad, en lo que respecta a las complicaciones y al estado febril en la equinococosis pulmonar, hace también difícil delimitar un tipo clínico, o teniendo por base esas condiciones. Por otra parte la observación nos muestra que una de las complicaciones más frecuentes, y que a su vez es causa de un subsiguiente estado febril, lo constituye la propia abertura de la hidátide al exterior, con la cual, como hemos visto en la clasificación mencionada, se crea otro tipo clínico especial dentro de la afección.

Según nuestra manera de apreciar — basada en la observación de numerosos casos de equinococosis hidatídica pulmonar — los tipos o aspectos clínicos de la enfermedad, en la infancia, se reducen a solo tres, estando ellos supeditados, casi exclusivamente, al estado que dentro del pulmón conserva la propia hidátide. Veamos cómo, para nosotros, se presenta clínicamente la afección.

Si es verdad que la radioscopía denuncia a veces hidátides en el pulmón, cuya existencia hasta entonces no se había revelado por ningún síntoma, y si es cierto que excepcionalmente una autopsia — con sorpresa — nos muestra alguna vez una vesícula hidatídica que en vida ni siquiera había sido presumida, tanto una como otra circunstancia no constituyen motivos para con ellos crear un tipo o forma de equinococosis pulmonar.

Fuera de que los síntomas físicos y funcionales no agotan la sintomatología de la enfermedad — pues que las reacciones de laboratorio y los mismos Rayos X son recursos de la clínica — su inexistencia misma quita toda razón de ser para la creación de un tipo o forma clínica particular; la hidatidosis pulmonar en estas condiciones solo constituye una faz latente y silenciosa sin tener todavía la exteriorización suficiente, física y funcional, de una enfermedad. Clínicamente considerada la hidatidosis en esa forma o faz no impresiona todavía como enfermedad y menos aún como un tipo clínico especial; por otra parte es muy posible que por esta latencia pasen, más o menos, todas las formas en su período incipiente.

Pero, en oposición a esta equinococosis pulmonar latente, clínicamente negativa, la afección asume en la gran mayoría de los casos, ciertos aspectos o tipos, más o menos delimitados, alrededor de los cuales, creemos, se puede catalogar casi todas las observaciones.

En un buen número de casos las hidátides desenvueltas en el pulmón, conservando su integridad, imprimen al cuadro clínico un tipo francamente tumoral. La equinococosis en estas condiciones es esencialmente cerrada, y toda la sintomatología gira alrededor de un tumor líquido de tamaño variable, de forma redondeada y que se desenvuelve en el centro o en la periferia del órgano. La naturaleza íntima de ese tumor — dado que ella materialmente no se exterioriza — se deduce o supone por la serie de signos, síntomas y reacciones que caracterizan la presencia de la vesícula hidatídica.

Pero es el caso que otras veces la observación nos coloca delante, no ya de portadores de un tumor pulmonar, sino de enfermos en quienes, clínicamente, se presentan con más o menos claridad signos cavitarios y en quienes un accidente de fundamental importancia sintomática ha dominado en cierto momento la escena: la vómica hidatídica. A la exteriorización de los elementos equinocóccicos — membranas, líquido y scolex — que la vómica puede originar, debe añadirse un subsiguiente cuadro sintomático que confiere cierto tipo o aspecto clínico a la equinococosis abierta. Con la abertura de la hidátide y con su expulsión — completa o incompleta—no termina seguramente, todavía, la afección; una faz donde los accidentes infecciosos dominan y en la que la sintomatología física y funcional puede intensificarse, todo esto en medio de un estado general comprometido, dan entonces a la hidatidosis pulmonar abierta un tipo clínico especial.

La división clínica de la equinococosis pulmonar según que ella fuere cerrada o abierta, condensando su sintomatología alrededor de un tumor o de una cavidad pulmonar, ha sido ya propuesta por los autores. Entre nosotros, Escudero, en su obra ya citada, nos dice al respecto: "Esta subdivisión no es puramente didáctica, ella es esencialmente clínica; para descubrir los primeros (se refiere a las hidátides cerradas o quistes hidatídicos) es necesario diagnosticar la presencia de un tumor pulmonar; para los segundos (se refiere a las hidátides abiertas o cavernas hidatídicas) es necesario comprobar la presencia de una cavidad

pulmonar. Esta diferencia fundamental se caracteriza por un síntoma, la vómica hidatídica, que abre la marcha, que comienza y condensa la sintomatología de las hidátides abiertas. Hay, además, una diferencia anatómica; las hidátides cerradas son quistes hidatídicos; las hidátides abiertas son cavidades o cavernas hidatídicas''.

En el aspecto clínico que asume la equinococosis, según que la hidátide esté íntegra o rota — fuera de la sintomatología propia que corresponde a un tumor o a una cavidad, y fuera de la participación que en el segundo caso tiene la infección—menester es agregar, como factor capaz de originar o mantener un tipo clínico, ciertas modalidades resultantes de la ubicación que dentro del órgano ocupa la hidátide. Tanto las hidátides cerradas como las hidátides abiertas del pulmón, clínicamente apreciadas, se prestan también a una división de sitio; la observación nos enseña que las hidátides centrales y las hidátides periféricas confieren, respectivamente, al cuadro sintomático, ciertas modalidades en sus signos físicos y funcionales.

Es también la observación quién nos enseña que, de tanto en tanto, en medio del tipo clínico que la afección asume cuando la hidátide se abre y vuelca todo o parte de su contenido en el árbol brónquico, existe aún un singular cuadro cavitario originado y mantenido por la hidatidosis equinocóccica; nos referimos al pio-neumoquiste hidatídico.

Si bien, teóricamente por lo menos, la ruptura y vuelco de una hidátide pulmonar en el árbol brónquico,

origina de por sí, transitoriamente, un estado en el cual el espacio ocupado por la propia hidátide se convierte en una cavidad dentro de la cual se juntan aire bronquial, líquido hidatídico o pus, y la membrana parasitaria — en su totalidad o en parte — todo lo cual en rigor nos da transitoriamente un hidroneumoquiste, apreciable clínica y radioscópicamente — este cuadro originado por la ruptura y por el desalojo del equinococus no se estabiliza y mantiene hasta el punto de crear un verdadero síndrome cavitario hidroaéreo. Y así, la observación puede muchas veces, al examinar a un enfermo, inmediatamente a su vómica, o muy poco tiempo después de su producción, mostrar que, clínica y radiográficamente, se asiste a un cuadro de neumoquiste hidatídico, séptico o aséptico, pero de existencia fugaz, puesto que por el proceso de curación natural y mediante el esfuerzo del órgano, desaparece bien pronto o, por lo menos, se desfigura en su aspecto clínico cavitario.

Pero ocurre, también, en algunas observaciones, que debido a una serie de condiciones y circunstancias que más adelante detallaremos, la equinococosis hidatídica abierta nos origina con toda su modalidad clínica particular un estado patológico especial que, por la similitud con el pio-neumo tórax, ha recibido por Dévé el nombre de pio-neumoquiste hidatídico. En las observaciones de esta naturaleza, el proceso y la sintomatología, más que por la hidátide, están entretenidas por la cavidad o el nido, esqueletizados. Y puede todavía presentarse el caso donde ni rastros quedan ya

de los elementos equinocóccicos que delatan y caracterizan al parásito; el proceso infeccioso, por una parte, y el proceso eliminatorio por otra, concluyen por desalojar completamente al intruso, no obstante todo lo cual, sin embargo, se mantiene el cuadro del pio-neumoquiste. Bien podríamos en estos casos considerar a este tipo de la afección como un verdadero cuadro de metahidatidosis.

Capítulo IV

ANATOMIA PATOLOGICA

Si bien no conocemos todavía en la hidatidosis equinocóccica pulmonar humana las primeras fases o albores de la evolución del parásito, no por eso la anatomía patológica de la afección deja de enseñarnos una serie de modificaciones muy interesantes relacionadas con la anidación de la hidátide en el parénquima del órgano.

Cuando por las transformaciones que debe experimentar el embrión hexacanto y detenido en la intimidad del pulmón se forma la creciente vesícula hidatídica, ésta provoca en su periferia la formación de un verdadero involucro o quiste cuya existencia, más o menos manifiesta, según el caso, siempre se puede reconocer.

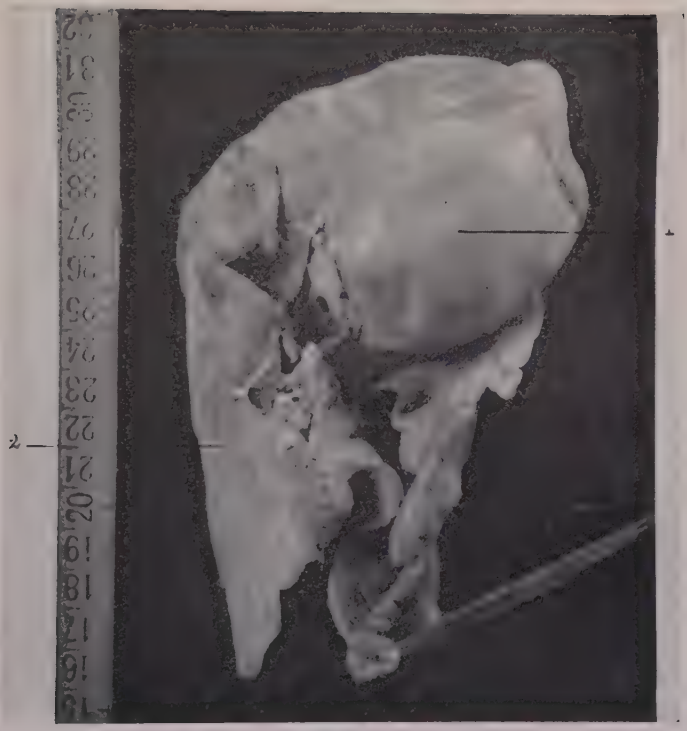
No hemos por cierto de entrar aquí a discutir la propiedad y exactitud de los términos que se han usado para designar los componentes del tumor hidatídico, y tanto más cuanto que ellos han sido ya — y por mano maestra — bien precisados y elegidos. Ya no es posible seguir denominando quiste a la vesícula hidatídica, sin afrentar con esto un importante con-

cepto de la anatomía patológica y sin traer una verdadera confusión entre lo que representa el continente y el contenido o también, si se quiere, entre el huésped parasitario y el nido o receptáculo del órgano parasitado. Igualmente impropia, y como consecuencia, resulta la expresión de "membrana periquística" para designar a esa cápsula adventicia o quiste que rodea al parásito; en rigor la "periquística" es aquella parte o zona del parénquima que rodea inmediatamente al quiste. Medidos bien así los términos, la descripción del tumor hidatídico resulta fácil y no da lugar ya a malentendidos.

El crecimiento de la vesícula hidatídica en el seno del pulmón desarrolla una fuerza expansiva que repercute directamente sobre el parénquima que le avecina inmediatamente. Esta compresión directa en un principio y a la cual debe agregarse una leve irritación producida por el propio parásito, determina necesariamente en el órgano la formación de una envoltura adventicia que rodea y se adapta a la vesícula hidatídica. Si bien el pulmón por su compresibilidad, traduciéndose por la atelectasia, se defiende fácil de todo lo que implique una compresión, sus tejidos no por eso dejan de reaccionar a su modo frente al parásito que no solamente alberga sino que también crece y comprime. Todo esto, naturalmente, tiene su traducción anátomo-patológica.

Si en un pulmón parasitado por una hidátide intacta y de discreto tamaño efectuamos un corte que a manera de ecuador interese al tumor hidatídico, po-

FOTOGRAFIA A.

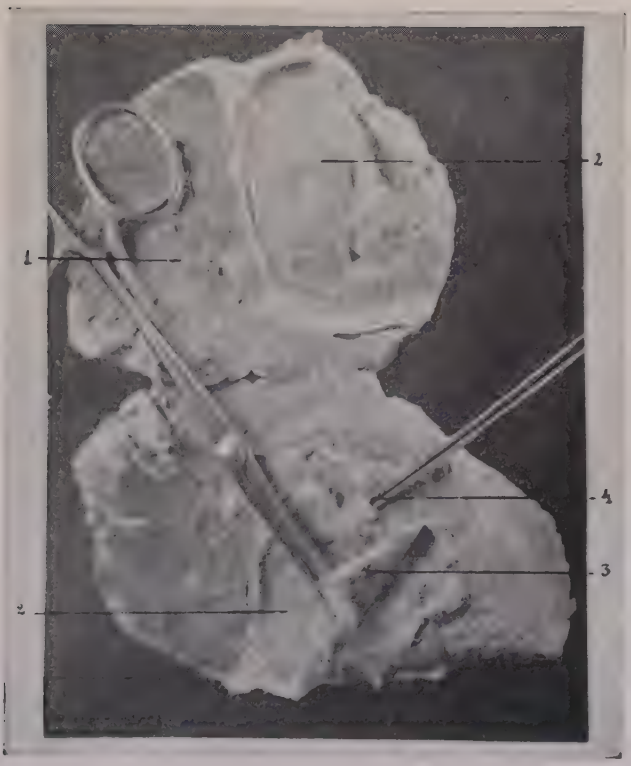


1. Quiste. — 2. Pulmón.

demos observar, yendo del centro hacia la periferia, las siguientes formaciones: el centro está formado por la masa líquida de la hidátide o por la cavidad que ella ocupa cuando, por el propio corte, el líquido se ha derramado. Así como ya lo hemos hecho notar, en el curso de este trabajo, nunca hemos encontrado en ese líquido vesículas hijas que den al tumor el carácter de multivesicular. Como receptáculo directo del líquido hidatídico, sigue luego hacia afuera la propia membrana parasitaria, la cual no difiere, macroscópicamente, de la membrana hidatídica desarrollada en otros órganos. Así vemos que la membrana parasitaria presenta su parte germinativa y su parte cuticular; de la primera nacen vesículas prolíferas con sus correspondientes escolex. Esta membrana se adapta exactamente a la adventicia o involucro que se ha formado en el órgano y que oficia a manera de receptáculo o cavidad de contención. Es de advertir que entre la pared de esta cavidad y la membrana vesicular no existen nunca adherencias que se puedan oponer a la extracción o desalojo del parásito; entre una y otra, en condiciones normales, sólo existe un espacio vertical. Por último, y entrando ya en pleno tejido del órgano, el mismo corte efectuado muestra la titulada adventicia o cápsula, más o menos delgada, pero reconocible y que insensiblemente hacia la periferia da paso al tejido pulmonar, un poco condensado y atelectasiado en las proximidades del quiste, pero normal y expandido en el resto del órgano. Cuando el tumor hidatídico es de un tamaño discreto—y tal ha sido el

caso en nuestra descripción—y cuando él también es central, su presencia en el pulmón solo se denuncia francamente al abrir, por un corte, el parénquima del órgano. Cuando, por el contrario, el tumor es muy grande o su situación es manifiestamente periférica, su presencia se acusa en la superficie del pulmón, aún sin abrirlo, por su franca exteriorización; puede verse entonces sobre la propia superficie de la víscera una especie de ampolla más o menos grande, redondeada y lisa, y cuya coloración blanquizca resalta sobre el color, "sui generis", del pulmón. Renitentes y aún fluctuantes esas especies de excrecencias periféricas hacen presumir ya su contenido líquido. Si en estas hidátides grandes y superficiales efectuamos un corte, de la superficie a la profundidad, encontramos con algunas variantes las producciones que ya hemos descripto: a la vesícula hidatídica la rodea siempre una cápsula o adventicia, completamente adaptada a ella, la cual, si bien en la parte central del órgano se prosigue con el tejido pulmonar, en cambio en la periferia ella llega hasta la superficie, hasta la propia serosa visceral con la cual se une, constituyendo así a dar ese color blanquizco que presentan los tumores hidatídicos superficiales.

Dadas las variantes que en lo que atañe al tamaño pueden presentar las hidátides desarrolladas en el pulmón, es fácil colegir las modificaciones y deformaciones que el parásito imprime en la configuración general del órgano. Si bien las pequeñas hidátides, aquellas cuyo tamaño no excede del tamaño correspondiente a



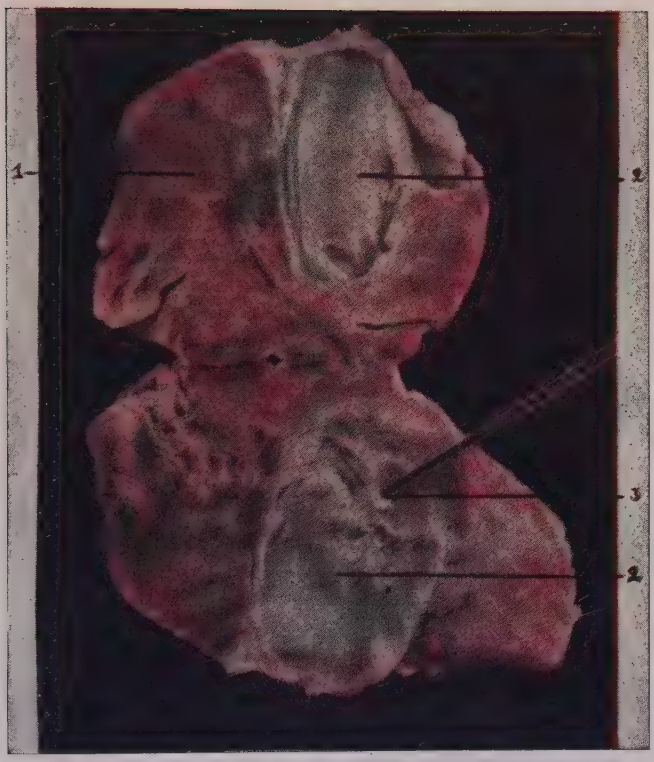
1. Pulmón. — 2. Quiste abierto. — 3. Periquística desprendida. — 4. Comunicación de la cavidad del quiste con un bronquio.

un huevo de gallina, poco alteran, anatómicamente, la forma del órgano; en cambio, las hidátides grandes producen, necesariamente, muy apreciables desfiguraciones. Así hemos visto tumores hidatídicos, cuyo volumen alcanzaba el tamaño de un huevo de avestruz o de una cabeza de feto y, aún más todavía, sustituir casi completamente al órgano, del cual apenas si se reconocía un casquete superior representando al vértice, y algunas lenguetas inferiores, correspondientes al lóbulo inferior o base. En otros casos, donde las hidátides no eran tan considerables, la deformación del órgano era, sin embargo, bien apreciable, siendo difícil, muchas veces, distinguir las cisuras correspondientes a los lóbulos. El aspecto y estructura de las cavidades o quistes originados en el pulmón por las hidátides varía también según el tamaño y el estado del parásito que se albergaba. En las cavidades correspondientes a vesículas pequeñas e intactas, observados por adentro, se nota que la adventicia es delgada y lisa, no alcanzando a 1 milímetro de espesor, de color blanco nacarado. Alguna vez, sobre todo si se trata de hidátides centrales, se apercibe la presencia de alguna comunicación bronquial. Llama la atención la poca firmeza de la capa quística, lo que permite la coaptación de las paredes de la cavidad una vez evacuada la vesícula que le llena. Por el contrario, en las grandes cavidades dejadas por hidátides considerables y más especialmente cuando ellas han supurado, las paredes quísticas, adquieren un espesor bien pronunciado — de 1 cent. o más—constituyendo entonces una verdadera cu-

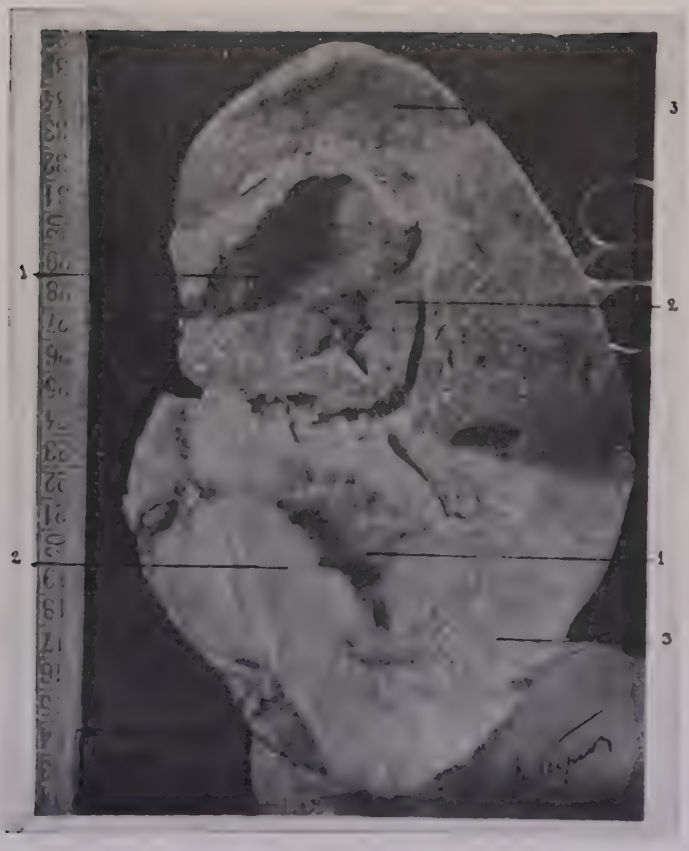
bierta, resistente y dura, que mantiene amplia a la cavidad quística, dificultando la aproximación o coaptación de sus paredes. Observada por adentro, se apercibe que esta gruesa adventicia es rugosa y aún anfractuosa, formando muchas veces pliegues, entre los cuales pueden notarse aberturas bronquiales. Al corte muestra una constitución fibrosa, viéndose vasos y bronquios incluídos entre sus capas.

Sabido es que las opiniones de los autores no se han manifestado niformes en lo que respecta a la existencia y condiciones de la membrana quística o adventicia que rodea a las hidátides desenvueltas en el pulmón. En oposición a quienes, como Trousseau, Cruveilhier y Hearn, sostenían que esa adventicia o quiste frecuentemente faltaba, se puede citar la opinión de Behr, para quien, por el contrario, esa producción es constante, aunque, como él mismo lo expresa, se trata de una "membrana fina y delgada, a través de la cual se ve frecuentemente los bronquios y los vasos pulmonares que rastrean en su superficie". Entre nosotros, los observadores que primero estudiaron la equinococosis hidatídica pulmonar y que publicaron sus trabajos—Herrera Vegas y Cranwell—admiten, por cierto, la manifiesta existencia de la membrana quística. Es respecto a ella que dicen en su clásica obra (1): "El quiste obra en el pulmón lo mismo que en los otros órganos, como un cuerpo extraño que, desarrollándose, rechaza los tejidos vecinos, formando a su alrededor una membrana que los aisla del resto del

(1) Herrera Vegas y Cranwell. Quistes hidatídicos. 1901. Pág. 135.



1. Pulmón coloreado. — 2. Quiste. — 3. Comunicación con bronquio.



1. Quiste abierto. — 2. Periquística (nótese el espesor). — 3. Pulmón.

órgano. Esta membrana, que en el hígado adquiere un desarrollo bastante marcado, es menos notable en el pulmón, y si consultamos la literatura vemos que Cruveilhier la niega, Trousseau dice que falta a menudo y Letulle sostiene que es de una tenuidad extrema. Nosotros la hemos encontrado siempre, tanto en las autopsias como en las piezas anatómicas a que nos hemos referido antes.

Esta membrana es fibrosa, se continúa sin demarcación con el tejido pulmonar vecino y presenta en los quistes limpios una coloración blanca nacarada característica; esta coloración es uniforme en la parte libre o pleural del quiste; en las zonas en contacto con el parénquima suelen verse islotes de color negro apizarrado, formados por restos de pulmón; esta particularidad la hemos observado en casi todos los casos''.

Igualmente Escudero (1) no pone en duda la existencia de esta producción que rodea a las hidátides pulmonares y a la cual llama ''cápsula fibrosa periquística''. Refiriéndose a ella, dice: ''La presencia en el pulmón del embrión hexacanto produce la formación de la vesícula hidátida; esta, en su crecimiento, provoca alrededor de ella un espesamiento de tejido circunvecino que da lugar a una cápsula fibrosa llamada periquística, o membrana periquística, denominación errónea, esta última, porque no es una membrana sino un simple espesamiento a expensas del pulmón''. Ultimamente Llambias (2), estudiando las reacciones de los

(1) Escudero. Kystes Hydatiques du poumon. 1912. Pág. 6.

(2) Llambias. Anatomía patológica general de la equinococosis. Segundo Congreso Nacional de Medicina celebrado en Buenos Aires. Año 1922.

tejidos que, según los órganos, se operan ante el crecimiento del parásito, y refiriéndose al pulmón, dice: "En el pulmón la compresión paulatina y progresiva de los alveolos contribuye a formar una zona compacta, que envuelve al parásito. Pero la membrana adventicia, a menos de circunstancias especiales (supuración del quiste), es delgada, debiéndose aceptar que buena parte de la atelectasia de compresión recupera su distensión, como ocurre después de los derrames pleurales evacuados".

Por lo que a nosotros nos ha mostrado la observación de numerosos casos operados y aún también algunas piezas anatómicas, no nos queda la más mínima duda sobre la existencia de la membrana adventicia en las hidátides del pulmón. Si bien es cierto que las vesículas operadas tenían siempre un tamaño que excedía al que corresponde a un huevo de gallina, siempre hemos encontrado que el órgano a su alrededor mostraba netamente la formación en cuestión bajo la forma de una cápsula o involucro fibroso de color blanco nacarado. Su existencia era tanto más manifiesta cuanto más grande era la vesícula que en ella anidaba; en algunas hidátides voluminosas operadas examinando la cavidad dejada hemos comprobado una verdadera pared quística gruesa que hasta formaba pliegues internos; esto, aún tratándose de hidátides limpias. Con mayor razón aún en las hidátides supuradas que hemos operado, y hemos también comprobado el espesor que toma la adventicia, y no hay duda que es, seguramente, en los pio-neumoquistes donde

esta adventicia logra su mayor desarrollo, hasta el punto de constituir una verdadera pared que, junto a otras causas, mantiene bien formada a la caverna hidatídica.

Es igualmente en piezas anatómicas donde hemos podido aún bien apreciar la existencia y el grosor considerable que en muchos casos adquiere la quística o adventicia. En pulmones parasitados, conservados durante largo tiempo en formol, la envoltura quística se individualiza bien, siendo posible desprenderla del resto del órgano en una zona a la cual bien corresponde el nombre de periquística.

En otros pulmones, igualmente conservados y que albergaron grandes hidátides, el espesor de la adventicia es muy considerable y sobrepasa a 1 centímetro.

¿Cuál es la constitución histológica del involucro o adventicia que rodea a las hidátides pulmonares?

Ya Herrera Vegas y Cranwell, en su clásica obra, al estudiar la equinococosis del pulmón, nos dicen al respecto (1): "Poco se ha escrito sobre la histología patológica de los quistes del pulmón. Ahlers ha tenido la oportunidad de examinar cortes de tejido pulmonar, tomado alrededor de un quíste hidatídico en un mono; según él, es imposible comprobar tanto por la inspección macroscópica como microscópica la existencia de una inflamación crónica". Se está generalmente inclinado, dice él, a creer que la cubierta conjuntiva que rodea el parásito y que se forma a expensas del hués-

(1) Herrera Vega y Cranwell. Quistes hidatídicos. Pág. 137.

ped, no es más que un producto inflamatorio, habiendo obrado el parásito como un cuerpo extraño. Se ha comparado la génesis de este tejido conjuntivo con la que produce el que se forma alrededor de los cuerpos extraños, una bala, por ejemplo, y sin embargo, su producción se ha efectuado de distinto modo. El cuerpo extraño produce a su alrededor una inflamación, formando una neoformación conjuntiva verdadera. En cambio, la cápsula de tejido conjuntivo que rodea la membrana hidatídica se produce no por una inflamación sino por un proceso regresivo; no está compuesta de tejido conjuntivo neoformado sino de tejido pulmonar, el cual, a causa de una compresión continuada, se atrofia poco a poco, pierde su estructura característica y aparece entonces como simple tejido conjuntivo''. El Doctor Viñas, a nuestro pedido, ha practicado cortes de la membrana periquística, tanto de quístes intrapulmonares, como de pleuropulmonares, de cuyo estudio se desprenden conclusiones análogas a las que Ahlers ha obtenido en el quíste pulmonar del mono.

Así, en el corte de la pared periquística de un quiste intra-pulmonar, se observan las siguientes particularidades: en la parte más próxima a la membrana quística aparece una cantidad de estrias fibrosas colocadas paralelamente las unas a las otras y en medio de ellas se ve una gran cantidad de pequeñas células redondas con protoplasma escaso, mononucleares y, además, otras fusiformes, siendo los vasos numerosos. *Este conjunto de fibrillas conjuntivas con infiltración*

MICROFOTOGRAFIA Nº 1.

VESICULA PROLIFERA

1. Membrana germinativa. — 2. Membrana de la vesícula. — 3. Escolex invaginados. 4. Corona de ganchos.

celular hace la impresión de que sean los antiguos alveolos que, comprimidos por el quíste en su desarrollo, se han aplastado, poniéndose casi en contacto sus paredes, las que se han espesado y adherido entre sí, desapareciendo, por lo tanto, la cavidad del alveolo. Los bronquios y bronquiolos se presentan aplastados y rodeados por estrias conjuntivas.

Esta lesión de parénquima abarca una zona bastante extensa, contribuyendo así a formar una membrana periquística fibrosa y algo espesa. Siguiendo la preparación más hacia afuera se puede observar que la infiltración celular persiste aún bastante lejos; algunos de los alveolos presentan en su interior masas estriadas que se tiñen por el carmín y que llenan casi por completo su cavidad. Estos blocks fibrosos no dan la reacción de la sustancia fibrinosa, así es que, lejos de la cavidad quística, la esclerosis se hace en algunos alveolos por un mecanismo semejante al de la neumonía indurativa.

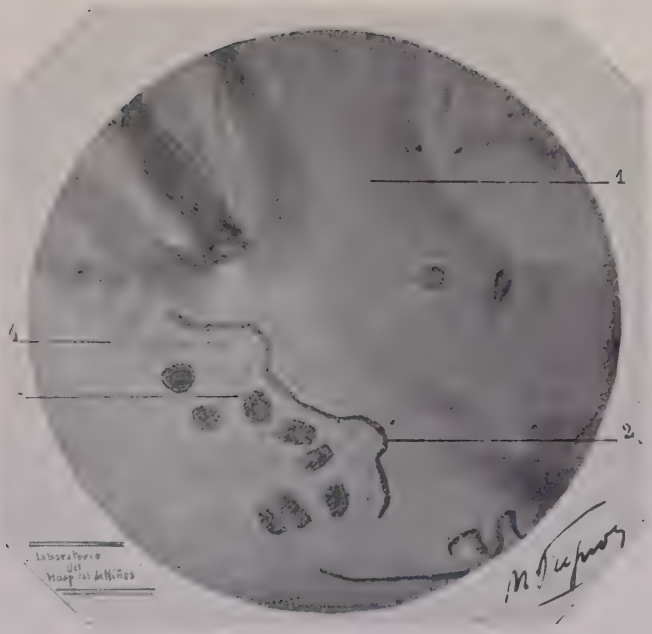
En el corte de una membrana periquística de un quiste pleuro-pulmonar se pueden ver lesiones semejantes a las de los quistes intrapulmonares; así, se observa la misma neoformación de vasos alrededor de la pared periquística y la misma infiltración celular. La diferencia reside en que la membrana periquística es mucho más espesa y homogénea porque la pleura toma parte en su formación".

También Escudero, en su obra (1), al referirse al origen de la cápsula fibrosa o adventicia de las hidá-

(1) Kystes Hydatiques du poumon. Pág. 6.

tides pulmonares, nos da su opinión sobre la probable estructura o composición de ella cuando nos dice: "El origen de la cápsula fibrosa periquística ha sido interpretado de diversas maneras, tanto para las hidátides del pulmón como para aquellas de otros órganos. La periquística que rodea las hidátides del hígado está formada por atrofia local de tejido hepático, causada por la compresión excéntrica que produce la vesícula hidática en su crecimiento lento, pero continuo. Así se expresan Mechselmann y Lendon. En su libro, Dévé acepta la idea; pero él afirma haber observado, en los pequeños quistes que comienzan, la presencia de una zona inflamatoria; sin embargo, estas inflamaciones discretas desaparecen rápidamente por la compresión esclerosante que determina la expansión del parásito.

En el pulmón se produce algo semejante. Ahlers, citado por todos los autores, se inclina a creer que la periquística está compuesta de tejido pulmonar atrofiado por la compresión: Viñas sería, desde luego, de la misma opinión. Alsina, estudiando el proceso pulmonar que se desarrolla alrededor de la vesícula hidatídica, cuando ella no tiene todavía más que algunos milímetros de diámetro, ha comprobado un proceso de franca inflamación periparasitaria que la constituye casi exclusivamente en su principio, reforzada por el tejido pulmonar condensado. Más adelante, y al referirse a la adaptación pulmonar, el mismo autor agrega: "En cuanto a nosotros, estamos llevados a creer que un proceso inflamatorio acompaña la vesícula hidá-



MEMBRANA CUTICULAR Y GERMINATIVA

1. Membrana cuticular. — 2. Membrana germinativa.
3. Contenido de una vesícula prolífera.
4. Cubierta de envoltura de la misma.

tida en su principio, pero que se trata aquí de un proceso histológico y no clínico, porque él no despierta jamás un solo signo funcional que le acuse. Este proceso inflamatorio origina la periquística en los primeros tiempos de su evolución. A medida que crece el quiste, el órgano se adapta a las condiciones creadas por el parásito, y toda reacción inflamatoria desaparece. La cápsula fibrosa periquística continúa formándose por atrofia del tejido pulmonar, por compresión del parásito, y si el crecimiento continúa sin interrupción, ella puede comprometer definitivamente la existencia del órgano''. Más adelante todavía, y refiriéndose al pulmón, dice también Escudero: ''Cuando la vesícula hidática no tiene sino un desenvolvimiento mediocre, el pulmón no sufre destrucción apreciable. Este órgano presenta aún una característica especial, derivando de su estructura elástica; mientras que en la mayor parte de los otros la expansión del quiste significa atrofia, destrucción del parénquima sobre toda su extensión, ella provoca en el pulmón un aplastamiento, una atelectasia que desaparece con la causa que lo ha producido; esta atelectasia es una forma de defensa absolutamente eficaz''.

''Nosotros hemos visto una cantidad de quistes del pulmón, algunos muy voluminosos, que una vez operados han dejado apenas una débil esclerosis pulmonar, diagnosticable únicamente a los Rayos X y que no causaba ninguna perturbación funcional''.

También por nuestra parte, y contando para ello con la muy eficaz colaboración del Dr. Mauricio Verg-

nolle, jefe del Laboratorio del Hospital de Niños, hemos estudiado la constitución histológica de la adventicia en dos de nuestras observaciones. Utilizando para este estudio adventicias correspondientes a dos hidátides periféricas que hacían proeminencia bajo la pleura visceral, previa fijación en formol al 10% e incluídas en parafina, hemos efectuado cortes seriados de ese tejido coloreándolos con hematoxilina y eosina.

En una de nuestras preparaciones el estudio histológico, a pequeño aumento, nos muestra estar en presencia de un corte constituído exclusivamente por tejido conjuntivo y que lleva tres clases de componentes: fibras, células y elementos de infiltración. Solamente en la porción periférica se observan algunas células endoteliales descansando en una membrana colagena, bien evidenciada por el método de Van Giesen; es la pleura o, mejor dicho, la hoja visceral de esa serosa.

El tejido conjuntivo que forma el resto del preparado se dispone más o menos en igual forma, en general, bastante apretadas sus fibras en todas partes. Estas últimas, teñidas en rojo, serpentean entre los vasos y los elementos de infiltración.

No existe límite neto de separación entre el tejido subpleural y la capa quística que le continúa.

Los vasos, todos llenos de sangre, se disponen paralelamente a las fibras, de manera que, donde el tejido es más denso, están colocados concéntricamente a la cavidad quística, mientras que en la parte periférica, de menos densidad, ellos, por el contrario, se dis-

ponen perpendicularmente a dicha cavidad. Examinando a gran aumento las células infiltrativas se ve que están constituídas por una gran cantidad de plasmocitos, bastante eosinófilos y uno que otro elemento mononuclear de gran tamaño.

En resumen, el preparado nos muestra una formación conjuntiva, con muchas células de infiltración y con cierta eosinofilia local. En el otro de nuestros preparados, a pequeño aumento, vemos estar en presencia de una producción constituída por los siguientes elementos: tejido conjuntivo formando el "substractum" anatómico, vasos y elementos de infiltración.

El tejido conjuntivo, muy rico en fibras y pobre en células, se dispone en haces paralelos, concéntricamente a la cavidad quística, en la parte interna, mientras que en la parte externa esos haces corren en dirección perpendicular a la precedente y se infiltran así en los elementos conjuntivos del órgano.

Los vasos adquieren también la misma disposición que el tejido que les sirve de sostén, es decir, que siempre se disponen paralelos a la dirección de las fibras. De aquí entonces que ellos se encuentran cortados longitudinalmente en la porción interna, y perpendiculares a éstos en la porción externa.

A mayor aumento se observan las fibras formando la casi totalidad del tejido, salvo algunos núcleos de células fijas del tejido conjuntivo. Los vasos, todos ellos dilatados, presentan glóbulos rojos en el interior. En la porción externa, donde la dirección de las fibras se hace perpendicularmente a la cavidad quística, exis-

te una mayor cantidad de elementos de infiltración. Hacia la parte más externa las fibras conjuntivas se hacen mucho más laxas, continuándose insensiblemente con las del parénquima. Los elementos de infiltración están constituídos, predominando en la zona intermedia por una gran cantidad de eosinófilos, algunos plasmocitos y bastante macrófagos.

Resumiendo tenemos que esta adventicia muestra una naturaleza conjuntiva y en ella se podría distinguir una parte interna bien fibrilar, una parte media, conjuntiva y bastante infiltrada, y otra parte externa un poco más laxa que la precedente.

La presencia y evolución de las hidátides en el seno del pulmón, fuera aún de esa reacción quística inmediata al tumor y que se traduce por la formación de la adventicia, puede asimismo determinar en el órgano, a manera de complicaciones, otras lesiones, tales como la atelectasia y la esclerosis pulmonar.

Como una consecuencia precisamente de su estructura especial, esencialmente elástica, el pulmón puede, en oposición a otros órganos, resistir a la atrofia de compresión, mediante el aplastamiento de sus paredes y alveolos, esto es, mediante su atelectasia.

Si bien es cierto que la atelectasia es insignificante en ciertas hidátides pequeñas y centrales, ella llega a ser, por el contrario, en otras hidátides grandes y cerradas, una lesión realmente importante.

Como una consecuencia de la compresión bronquial o pulmonar determinada por la expansión del tumor líquido, la atelectasia toma gran parte del órgano o

únicamente ciertas partes de él; en esto influye, como se comprende, el tamaño y la localización de la hidátide. Cuando el tumor es muy voluminoso, la compresión y atelectasia se reparte en casi todo el parénquima que rodea la hidátide, pero cuando este tumor, aunque mediano o pequeño, se ubica en determinados sitios, los efectos compresivos pueden localizarse también en determinadas regiones.

Es entre estas atelectasias más o menos circunscritas y originadas por hidátides de tamaño reducido que Escudero admite dos tipos, a los cuales llama *atelectasia pulmonar infraquística* y *atelectasia pulmonar supraquística*. La primera de ellas se originaría por hidátides pequeñas o medianas situadas en la base que ejercerían compresión sobre la lengueta pulmonar colocada inmediatamente por abajo; la segunda se observaría en el vértice y sería determinada por ciertas hidátides ubicadas en el lóbulo superior, pero no abarcándolo completamente. Estas atelectasias — siempre según el mismo autor — serían causadas por la compresión del parénquima originada por las hidátides, y desde este punto de vista tendrían la misma patogenia que aquellas otras que se observan en ciertas lesiones cardíacas, hipertrofias y dilataciones, como así también en los derrames y tumores pleurales, en los tumores mediastínicos, en las desviaciones de la columna, lesiones hepáticas, ascitis, etc. Estas atelectasias pulmonares hidatídicas tendrían, por otra parte, un carácter benigno, vale decir, que no obstante su producción, y merced a la resistencia del parénquima com-

primido, es siempre posible la "restitutio ad integrum" cuando desaparece la causa original, lo que no quita, sin embargo, que si ella dura mucho tiempo pueda esperarse una alteración en la estructura alveolar y ser reemplazada entonces por la esclerosis pulmonar.

La esclerosis pulmonar en la equinococosis hidática no representa, por cierto, una lesión dominante o de importancia aún en el caso de que el órgano albergue hidátides voluminosas; naturalmente que en este proceso de esclerosis no incluímos al tejido fibroso inmediato a la hidátide que entra en la constitución de la adventicia o quiste.

Es con referencia al proceso de esclerosis pulmonar ocasionado por las hidátides que Escudero nos dice en su obra: "La esclerosis menos frecuente que lo que se podría suponer "a priori" acompaña generalmente a los quistes supurados muy vecinos de la pleura visceral; ella provoca reacciones inflamatorias secas de las hojas pleurales y contribuye a su sínfisis. Las esclerosis pleurales son mucho más frecuentes y más importantes que las esclerosis pulmonares aisladas, que alcanzan rara vez un grado que requiera la atención del clínico".

"Nosotros recordaremos a este respecto una discusión interminable entre los cirujanos: la sínfisis del quiste con la pleura parietal. Nos ha sido dado comprobar en los numerosos casos estudiados por nosotros, que la unión del quiste a la pared costal es relativamente rara y que no se observa en los quistes

claros, aún siendo ellos próximos vecinos de la pleura visceral y de grandes dimensiones''.

''Es que la sínfisis de las dos hojas de la pleura es una consecuencia de la propagación inflamatoria del proceso supurativo del quiste; porque en nuestra opinión la simple contiguidad del quiste con la hojas pleurales es incapaz de provocar alguna reacción pleural adhesiva. Nosotros hemos ya dicho, hablando de la exteriorización de los quistes que la relación de contiguidad del quiste a la pleura se anuncia por un proceso agudo y febril con todos los caracteres de una pleuresía aguda localizada y sin derrame; no obstante, en enfermos que han presentado esta reacción pleural dos o tres veces, nosotros no hemos encontrado las pleuras adherentes, como lo demuestra el neumotórax total que sigue a la intervención''.

''Si las esclerosis pleuro-pulmonares no tienen importancia como extensión y como pronóstico en las hidátides cerradas, no es lo mismo en aquellas abiertas por vómica y donde no ha habido intervención, así como en aquellas que después de haber sido operadas han sido drenadas largo tiempo''.

A propósito de éstas lesiones — atelectasia, esclerosis y sínfisis pleural — es que creemos oportuno manifestar lo que la observación nos ha enseñado en numerosos casos tratados y seguidos.

Si bien es verdad que para tener nociones exactas y conclusiones más seguras menester sería contar siempre con las piezas anatómicas, cierto es también que muchas veces el examen clínico, la intervención qui-

rúrgica y, en muchos también la radiografía, pueden mostrarnos esas lesiones que acompañan, no raras veces, a la equinococosis hidatídica pulmonar.

La atelectasia por compresión, más pronunciada, como es natural, en los casos de hidátides voluminosas, tiene por cierto oportunidad de producirse y observarse dado el tamaño exorbitante que en algunos enfermos alcanza la vesícula hidatídica. Fuera de su reconocimiento clínico, en muchos casos se puede apreciar por el estudio radiográfico, estudiando y comparando las imágenes antes y después de la evacuación del parásito. Es seguramente esa atelectasia la que en algunos casos exagera o aumenta la sombra obscura que denuncia a la hidátide, hasta el punto de juntar su opacidad, por debajo, con la sombra del hígado, simulando, en este caso, la sombra que puede originar una hidátide hepática con evolución torácica o ascendente. La mejor prueba de que entre la hidátide y la sombra del hígado existe una franja o lengüeta pulmonar, comprimida y atelectesiada, no funcionante, la suministra la propia radiografía también, cuando después de evacuado el parásito, nos muestra que entre la cavidad quística dejada por este y el límite superior del hígado aparece y se desarrolla una zona clara y sonora, que necesariamente responde a parénquima pulmonar, compromido y atelectesiado antes, pero que ahora recobra su capacidad funcional. Es esta la atelectasia a la cual Escudero ha llamado infraquística, y que hemos podido comprobar con más frecuencia y franqueza que aquella que se origina

en la parte superior del órgano, atelectasia supraquística, originada por hidátides del lóbulo superior o mediano.

Pero es indiscutible que fuera aún de estas dos atelectasias circunscriptas, las hidátides voluminosas del pulmón producen también la atelectasia en todo su contorno o alrededor y esto, radiográficamente también, se puede percibir y seguir cuando las imágenes repetidas, a cortos plazos, después de extraído el parásito, nos enseñan que la claridad funcional va reemplazando al marco obscuro que en un principio rodea a la cavidad quística. En cuanto a lo que concierne a la esclerosis pulmonar, nuestras observaciones nos enseñan que la afección hidatídica, entre los padecimientos crónicos del órgano, es probablemente una de las menos exclerosantes. Tanto por lo que nos han mostrado algunas piezas anatómicas, cuanto por lo que hemos podido colegir por el examen radiográfico, las hidátides pulmonares, en la generalidad de los casos, no originan procesos esclerosos de importancia; la radiografía, en muchos casos de hidátides pulmonares, no solo pequeñas sino también medianas y grandes operadas, y aún algunas pequeñas curadas por vómica, nos muestra con el tiempo que el órgano, antes parasitado, cura perfectamente, sin que queden en él huella o sombra que pueda interpretarse como procesos o nódulos fibrosos.

Pero si como procesos de esclerosis deben también considerarse a las sínfisis pleurales — tal cual como las considera Escudero en los párrafos trans-

criptos — debemos manifestar que las adherencias entre las hojas de la serosa constituye un fenómeno que con bastante frecuencia se observa en la hidatidosis equinococócica de la infancia. Y es con respecto a su patogenia que debemos hacer notar, en oposición a lo sostenido por Escudero, que estas adherencias las hemos comprobado muchas veces en casos de hidátides limpias e intactas. No creemos, por lo tanto, que las sínfisis sean siempre la consecuencia de la propagación inflamatoria del proceso supurativo del quíste sin negar por esto que en algunos casos de hidátides supuradas periféricas las adherencias y sínfisis tengan, entonces, ese origen.

Fuera aún de estas lesiones anátomo-patológicas que se encuentran en la equinococosis hidatídica pulmonar — atelectasia, esclerosis y adherencias — creemos que también deben ser tenidos en cuenta ciertos procesos inflamatorios que con mucha frecuencia se originan en los pulmones parasitados, en inmediata relación con las hidátides o aún con las cavidades quísticas cuando las vesículas han sido ya extraídas o se han eliminado espontáneamente. Es muy común, investigando los antecedentes de los portadores de hidátides del pulmón, y sobre todo cuando ellas tienen ya un tamaño considerable, que se anuncien como producidos con más o menos antelación ciertos procesos del lado del pulmón parasitado y que fueron considerados, entonces, como congestiones neumonias o pleuresías. Muchas veces también son precisamente estos procesos inflamatorios episódicos los que llevan-

do la atención médica hacia el aparato respiratorio hacen que se descubra una equinococosis pulmonar que hasta tanto no había sido diagnosticada y ni aún presumida. También, cuando se ha tenido la oportunidad de diagnosticar ya a una hidátide intacta del pulmón y por razones especiales se espera un tiempo antes de someterla a una intervención quirúrgica, puede ocurrir que en ese intervalo se intercale uno de esos procesos inflamatorios, más o menos atípicos, y traduciéndose clínicamente por focos congestivos o de neumonia ubicados en la vecindad de la hidátide ya existente. Durante estos episodios la radiografía nos enseña netamente que en el contorno de la sombra determinada por la hidátide, en la parte del pulmón que podría llamarse, bien propiamente, región periquística, aparecen otras sombras sobreagregadas, más o menos extensas, que enturbian diríamos, la nitidez de la imagen hidatídica y que persisten un tiempo más o menos largo mientras dura el proceso inflamatorio que siempre se distingue por su evolución atípica. Y dejemos constancia que todo esto se origina sin que la hidátide que alberga el pulmón supure o pierda su integridad, como nos ha sido posible demostrarlo un tiempo después cuando ella ha sido extraída por una intervención quirúrgica. No es, por lo tanto, aquí el caso de aquellas reacciones locales que se han descripto como presentándose en el pulmón y pleura que albergan una hidátide supurada, y en las que el órgano revela esta reacción por procesos atípicos que se describen o consideran como neupleuresías. Muchas veces

también son precisamente estos procesos inflamatorios episódicos los que, llevando la atención médica hacia el aparato respiratorio, hacen que lo descubra una equinococosis pulmonar que hasta tanto no había sido diagnosticada y ni aún presumida. También, cuando se ha tenido la oportunidad de diagnosticar ya a una hidátide intacta del pulmón, y por razones especiales se espera un tiempo antes de someterla a una intervención quirúrgica, puede ocurrir que en ese intervalo se intercale uno de esos procesos inflamatorios más o menos atípicos, traduciéndose clínicamente por focos congestivos o de neumonia ubicados en la vecindad de la hidátide ya existente. Durante estos episodios la radiografía nos enseña netamente que en el contorno de la sombra determinada por la hidátide, en la parte de pulmón que podría llamarse, bien propiamente, región periquística, aparecen otras sombras sobreagregadas, más o menos extensas, que enturbian — diríamos — la nitidez de la imagen hidatídica y que persisten un tiempo más o menos largo mientras dura el proceso inflamatorio, que siempre se distingue por su evolución atípica. Y dejemos constancia que todo esto se origina sin que la hidátide que alberga el pulmón supure o pierda su integridad, como nos ha sido posible demostrarlo un tiempo después cuando ella ha sido extraída por una intervención quirúrgica. No es, por lo tanto, aquí, el caso de aquellas reacciones locales que se han descrito como presentándose en el pulmón y pleura que albergan una hidátide supurada, y en las que el órgano revela esta reacción por procesos atípi-

cos que se describen o consideran como neumonias bastardas, congestiones crónicas, o bronquitis a repetición.

Igualmente, en torno de las cavidades quísticas dejadas por una hidátide limpia e intacta que ha sido extraída por una intervención quirúrgica, es que hemos podido comprobar en muchos casos, clínica y radiográficamente, la aparición de estos focos inflamatorios periquísticos, cuya producción complica la marcha de la enfermedad. Es en una de nuestras observaciones, y en la que se había operado ya una hidátide del pulmón, quedando todavía otra, y que murió de una difteria grave, que hemos podido obtener un estudio anátomo-patológico de uno de esos focos desarrollado, en este caso, entre las dos hidátides existentes. Creemos por cierto de utilidad exponer el resultado de este examen histológico.

A pequeño aumento nos encontramos en presencia de un preparado constituído por los siguientes elementos: (1), Una serie de cavidades irregulares, separadas por anchos tabiques más o menos modificados, según las porciones del corte que se examine: son los alveolos. (2), Cavidades, grandes, redondas o alargadas; algunas, con cartílago hialino en sus paredes y otras sin nada; todas, con un epitelio de revestimiento en el interior y fibras musculares periféricas: son bronquios tomados perpendicular u oblicuamente por la superficie de sección. (3), No lejos de estos bronquios se observan dos grandes vasos, una arteria y una vena. Y, (4), en el límite externo de los preparados obsérvase una membrana espesada, de naturaleza conjuntiva, que es la pleura.

En una noción de conjunto podemos considerar en cada corte tres porciones distintas: (1) una zona periférica donde no se reconocen alveolos, con capilares dilatados, y donde los primeros se presentan ocupados por una masa especial que contiene numerosas células y glóbulos rojos extravasados. (2), Una porción intermedia donde las lesiones se presentan menos acentuadas, pues entre algunos alveolos de paredes anchas, hay otros que han perdido su luz por la presencia de un líquido de carácter albuminoso, retraído por los fijadores (3). En la parte interna, los alveolos se reconocen bastante bien, a pesar de presentar sus paredes ligeramente espesadas.

Examinando con mayor aumento cada una de estas regiones, encontramos: la pleura visceral espesada en todos sus puntos por un fino retículo de fibrina depositada en su cara libre, y por una proliferación del tejido conjuntivo en su cara profunda.

En la porción externa del parénquima pulmonar que sigue inmediatamente a la pleura, nos hallamos con dos clases de lesiones: en algunos alveolos existen simples lesiones congestivas, mientras que en otros, ya más adelantada la inflamación, se encuentran grandes depósitos de fibrina, restos de pigmento hemático, glóbulos rojos, polinucleares y células epiteliales del pulmón descamadas.

En esta parte del parénquima se observan, entonces, los alveolos completamente ocupados por moldes, constituídos por el elemento fibrino-hemo-leucocitario y los vasos sanguíneos, dilatados, presentan glóbulos

PERIQUISTICA DE LA PARTE SUPERFICIAL

1. Tejido subpleural. — 2. Periquística, con (3) Vasos dispuestos paralelamente y (4), Vasos con sangre en el sentido de las fibras.

rojos en el interior. Los bronquios tienen su epitelio cilíndrico normal y solo presentan una ligera infiltración periférica.

En la segunda porción o parte intermedia antes descripta, encontramos los alveolos ocupados y distendidos por un "substractum" albuminoso que lleva en suspensión elementos epiteliales degenerados, y donde solo en algunos se reconoce un pobre retículo fibrinoso. Por otra parte, las paredes alveolares están bastante espesadas. El pasaje de una a otra región se efectúa de una manera brusca.

En la tercera porción existen alveolos distendidos, con pequeñas hemorragias de los capilares: son lesiones de enfisema. (Microfotografías 5, 6 y 7).

Resumiendo, podemos decir, entonces, que en el pulmón, entre el desarrollo de los dos quistes, encontramos de afuera hacia adentro las siguientes lesiones: (1), lesiones inflamatorias y proliferativas de la pleura visceral; (2), lesiones de alveolitis fibrinosa o segundo período, hepatización roja de la neumonia; (3), lesiones de alveolitis edematosa en la misma porción intermedia; y, (4), lesiones de enfisema y congestión pulmonar en la parte más interna.

Es también dentro de la anatomía patológica de las hidátides pulmonares que cabe estudiar las comunicaciones que con tanta frecuencia se establecen entre el árbol brónquico y la cavidad quística, así como también las condiciones anatómicas del órgano y del tumor parasitario en aquellas complicaciones conocidas con los nombres de pio-neumoquiste hidatídico y neumotórax hidatídico.

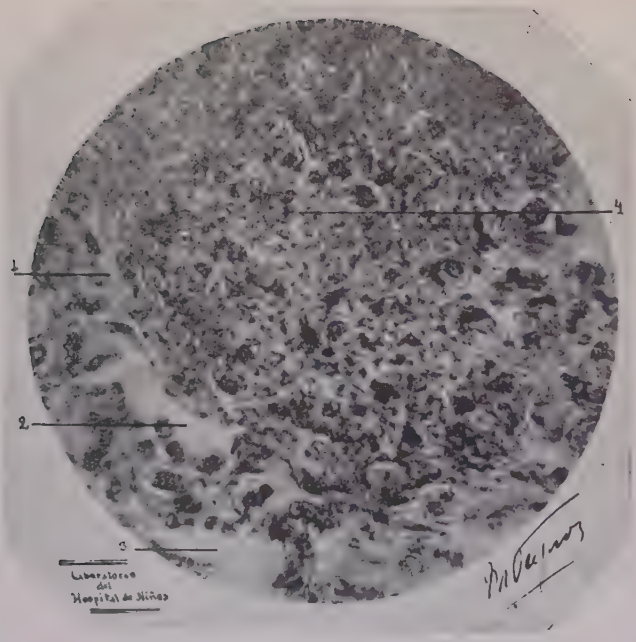
Sabido es, y así nos lo ha demostrado la observación de numerosos enfermos, que las perforaciones brónquicas que ponen en comunicación el árbol bronquico con la cavidad quística, son muy frecuentes cuando las hidátides han adquirido un cierto desenvolvimiento. La explicación de esta abertura de los canales bronquiales en la cavidad determinada por el quiste y ocupada por la vesícula la vemos muy bien expresada por Lepicard en su tesis, cuando respecto a ello nos dice: "Entre la vesícula parasitaria intacta y su quiste adventicio existe un *espacio virtual,* espacio peri-vesicular (Dévé), que llegará a ser la *cavidad quística* cuando el parásito se haya achatado o evacuado, y en el cual se abren muy frecuentemente los bronquios".

La razón de esta abertura de los canales brónquicos en los quistes del pulmón es la misma que explica la abertura de los conductos biliares en los quistes del hígado. Ella ha sido bien puesta a la luz por M. Dévé: "Mientras que los vasos sanguíneos comprimidos tienen una tendencia general a la sínfisis y a la obliteración, los canales biliares de un cierto volumen, *gracias a la mucosa que les tapiza,* quedan habitualmente permeables en el espesor del tejido fibroso, hasta en contacto del parásito". Pero, en el caso particular del pulmón, dos condiciones particulares intervienen, que juegan un papel muy importante en la patogenia de la vómica; es, de una parte, el *grueso calibre relativo de la canalización brónquica; es, de otra parte, la resistencia del esqueleto brónquico fibro-cartilaginoso,* que mantiene el conducto mucoso anchamente abierto (Dévé)".

MICROFOTOGRAFIA Nº 4.

PERIQUISTICA DE MAYOR AUMENTO

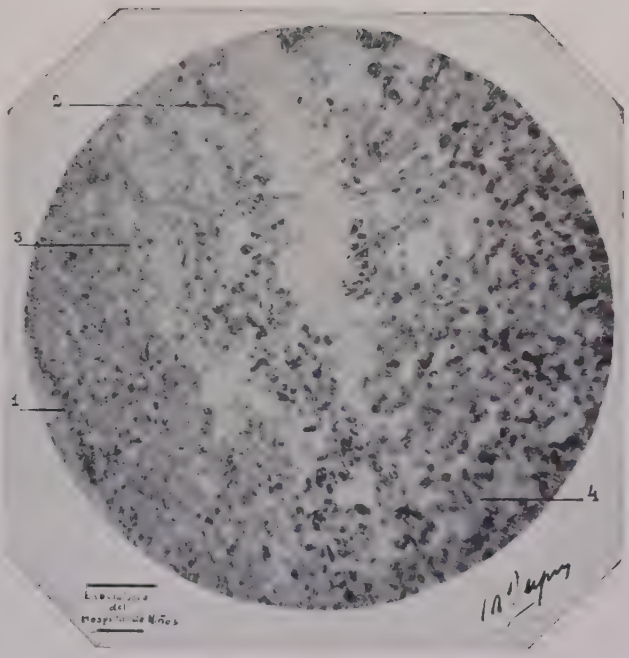
Nótese la cantidad de fibras y la pobreza en núcleos.



PULMON Y PLEURA ENTRE LOS DOS QUISTES

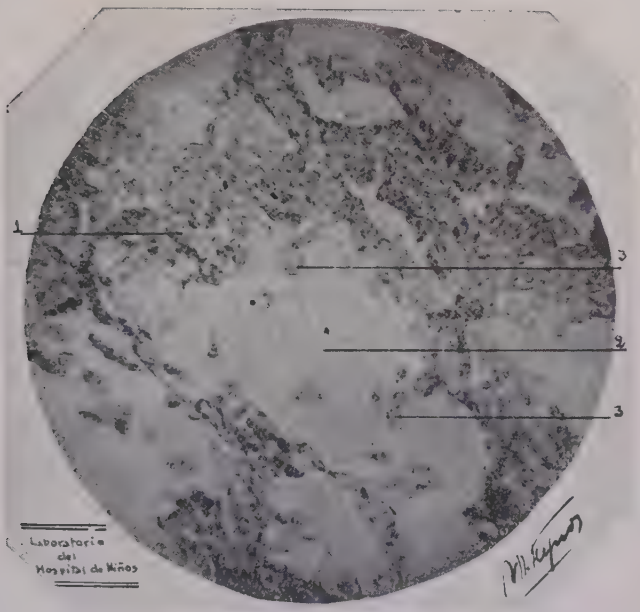
1. Pared del alveolo. — 2. Cavidad libre del mismo, ocupado por (4), exudado fibrino - hemo - leucocitario. 3. Cavidad del otro alveolo en iguales condiciones.

MICROFOTOGRAFIA Nº 6.



PULMON ENTRE LOS DOS QUISTES

1. Pleura visceral. — 2. Conectivo subpleural. — 3. Infiltración. — 4. Parenquima pulmonar.



PULMON ENTRE LOS DOS QUISTES

1. Pared de un alveolo. — 2. Cavidad del mismo.
3. Células del epitelio respiratorio descamados.

La importancia o calibre de los bronquios que se abren en las cavidades quísticas es, como se comprende, variable y va desde los pequeños bronquiolos hasta las más importantes ramas de división de los bronquios lobares. De importancia por sus consecuencias clínicas, en los casos de vómicas, es el sitio en altura, y con relación a la cavidad quística, en que se abren estos bronquios. Si bien en algunos casos los bronquios se abren o la mitad de altura en la cavidad, en otros la perforación bronquial es francamente superior o inferior; desde este punto de vista las cavidades quísticas desarrolladas en la base son casi siempre alcanzadas por el bronquio abierto, en su mitad superior, mientras que las cavidades altamente situadas en el órgano presentan la perforación bronquial en su parte mediana o inferior.

Las perforaciones bronquiales son, a veces, en ciertas piezas anatómicas, francamente reconocibles, sobre todo, por supuesto, cuando se trata de canales de mediano o grueso calibre. Recorriendo la pared quística se nota que en un sitio dado, en algún caso como escondido por debajo de un pequeño pliegue, existe un orificio que sondado lleva a un conducto que corre muchas veces paralelamente a la pared; este orificio da la impresión como si el canal brónquico hubiese sido gastado lateralmente, y de ahí que la perforación aparezca como tallada a bisel. También puede darse el caso de que el bronquio comunicante se abra a pleno canal en la cavidad quística. A estos tipos de perforación bronquial podría aún agregarse como lo

ha descrito Dévé, aunque excepcional, un otro tipo, en el cual la pared brónquica, si bien abierta lateralmente el orificio producido parece como efectuado por un sacabocado, y de ahí que el conducto fistuloso sea perpendicular a la superficie bronquial.

Siendo las perforaciones bronquiales las que ponen en comunicación a la vesícula hidatídica con el árbol brónquico, y por su intermedio, con el exterior, ellas juegan un papel importantísimo, tanto en la infección como en la eliminación, por vómica, del parásito. Esto, sin embargo, no quita que en ciertas piezas anatómicas, o aún en las intervenciones quirúrgicas, se aprecien perforaciones bronquiales importantes en cavidades quísticas que contienen vesículas intactas y perfectamente limpias. Más aún, la integridad vesicular puede alguna vez observarse, no obstante de que en la cavidad quística, comunicante con un bronquio, se encuentra ya un foco de muco-pus; es que la hidátide, como es bien sabido, mientras conserva su vitalidad no se deja invadir por la flora microbiana, siendo necesario un verdadero proceso destructivo en un punto de la pared para que esta pierda su resistencia o integridad.

Muy interesante resulta conocer este proceso que atenta contra la integridad de la vesícula, ya que él prepara y produce la eclosión hidatídica, cuya exteriorización está en la vómica. Es precisamente en aquel punto de la cavidad quística donde aparece la perforación bronquial que trae la infección, donde también la pared vesicular ve más amenazada su integri-

dad y resistencia desde el momento en que ahí comienza la infección, la que, por otra parte, a veces, se localiza y acantona en ese sitio solo. Como consecuencia de esa infección localizada de la vesícula ahí donde se aboca el bronquio, la hidátide, sana en el resto de su cuerpo y bien amoldada a la pared quística que lisa y regular le cubre en todo lo que queda de su superficie, ofrece desde ya su "locus minore resistentie", precisamente en esa parte de su cuerpo que enfrenta a la perforación bronquial. Pero esto todavía no es todo para explicar la fragilidad que se prepara en ese lugar especial de la pared vesicular, sino que también a ello es necesario agregar la falta de sostén que en ese sitio se opera como consecuencia de la propia perforación bronquial; falta de sostén, que así como lo ha demostrado Dévé en varios casos de quistes pulmonares en el carnero, se acusa por la producción de una punta de hernia vesicular, circunscripta y teñida por pus, que se insinúa en el orificio abierto de la comunicación bronquial. Es de imaginarse, preparadas así las cosas, lo que ocurre cuando la tos, provocada por la irritación del bronquio, sacude a la vesícula sobre los bordes de la perforación; la vómica hidatídica límpida sigue a la ruptura de la vesícula. Es también como consecuencia de esas circunstancias anatómicas creadas, que las vómicas que se originan en el momento de una punción o una incisión pueden ser debidas a que la evacuación parcial del contenido vesicular, provocando el plegamiento de la pared cuticular, hace que ésta ceda en su punto más débil, que es precisamente

el que enfrenta al bronquio abierto. Y en lo que respecta a la pequeña cantidad de líquido que se retira en una punción, debemos hacer notar que el orificio producido en la vesícula puede de por sí seguir goteando en la propia cavidad quística o también transformarse en una fisura, cuyos labios enrulándose hacia afuera permiten que el contenido líquido se vuelque en la cavidad del quiste y luego se evacúe por el orificio del bronquio abierto.

En cuanto al mecanismo de las vómicas supuradas que acusan por su contenido que en la cavidad quística se ha desarrollado una colección de pus, en la cual flota la membrana parasitaria muerta y achatada, necesario es admitir, para explicar su irrupción brusca, que en un momento dado la comunicación bronquial puede dar salida o paso de golpe al magma purulento y membranoso que ocupa la cavidad, formado, según nuestras observaciones, por la membrana madre exclusiva y sin que con ella aparezcan vesículas hijas.

Igualmente interesante, desde luego, es el estudio histológico del bronquio, efectuado en el sitio y cercanías de su comunicación con la cavidad quística. Desde este punto de vista y como verdadera explicación histológica del proceso de comunicación quisto-brónquica, nada más interesante que una observación experimental de Dévé, efectuada en el conejo, y en la que el estudio histo-patológico, entre otras cosas, nos aclara el mecanismo de la comunicación entre el bronquio y la cavidad ocupada por la hidátide. De esa observación resulta que el abocamiento brónquico no se ha

efectuado bruscamente como cuadra a una ruptura, sinó que, por el contrario, el proceso se ha constituído de una manera insidiosa y bajo la influencia de un lento proceso necrótico local. Por otra parte fluye también de la observación que la comunicación quisto-bronquial, en este caso, se ha producido completamente ajena o independiente de la intervención de todo proceso infeccioso, pues el examen del espacio perivesicular por una parte, mostrándolo aséptico, y la ausencia de toda infiltración leucocitaria reaccional en la adventicia, por otra parte, autorizan así a sostenerlo. Tal como lo demuestran las preparaciones histológicas del caso, resultará — siempre según Dévé — que un bronquio de regular calibre hubiera, por el crecimiento de la hidátide, llegado en contacto con la vesícula equinocóccica, englobándose poco a poco en el proceso de enquistamiento fibroide peri-parasitario y aún hasta la cutícula parasitaria; esta aproximación y contacto se haría conservando siempre el bronquio su luz, pues gracias a su epitelio no cabe en él la sínfisis. Así las cosas, y bajo la influencia doble de la presión isquemiante y de la toxicidad local del parásito, se produciría una verdadera necrosis circunscripta de aquella porción de la pared brónquica que se adosa a la vesícula hidatídica. En efecto, las preparaciones histológicas de este caso enseñan una típica necrosis del espolón bronco-quístico, y que si bien el epitelio cilindrocúbico resiste todavía frente al parásito y sobre la pared brónquica más alejada, por el contrario este mismo epitelio desaparece bruscamente en la otra pared

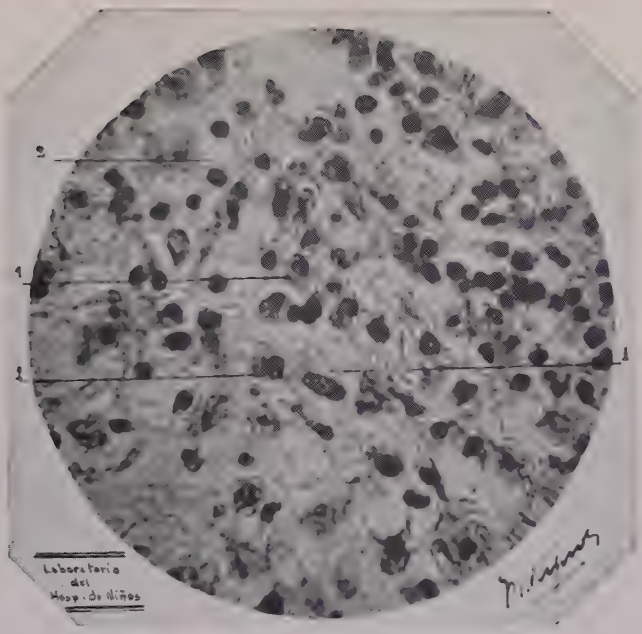
brónquica, en el sitio de la zona necrótica. Esta manera de ser del mecanismo de la abertura brónquica explica por qué ella adopta el tipo de pico de flauta, y también—como muy justamente lo expresa Dévé—en ella se sorprende el origen de ciertas hemóptisis hidatídicas que sobrevendrían en el momento de la caída de la pequeña escara brónquica terminal.

Nosotros, aprovechando una de nuestras piezas anatómicas en la cual un bronquio se abría en la cavidad quística de una hidátide limpia, hemos efectuado un estudio histológico de ese conducto.

Para la confección de estos cortes se ha tratado de obtener el bronquio con su periquística y el tejido pulmonar vecino. La inclusión en parafina ha permitido seguir en cortes seriados el bronquio comunicante y sus primeras divisiones intra-periquísticas—podríamos decir—paralelamente a su dirección. Los preparados se han teñido con hematoxilina y eosina y con el método tricrómico de Van Gieson.

A pequeño aumento nos encontramos con preparados constituídos por los siguientes elementos: (1) Tejido pulmonar modificado; (2) Un bronquio de mediano calibre, con cartílago y glándulas, y con sus primeras divisiones; (3) Tejido conjuntivo de unión; (4) Gran cantidad de vasos dilatados.

1.° Examinando cada uno de estos elementos encontramos que los alveoles no son fácilmente reconocibles, pues una enorme congestión de los capilares unido a hemorragias intra y extra alveolares, llenan completamente el parénquima pulmonar. Sin embargo,



PERIQUISTICA Y PLEURA

1. Eosinófilos. — 2. Tejido conjuntivo. — Preparación donde se observa los elementos de infiltración.

toda la lesión anátomo-patológica no pasa de una congestión con hemorragia, pues los vasos no presentan trombos en vía de organización, sino simplemente una dilatación congestiva intensa. Con un aumento mayor se observa la gran cantidad de glóbulos rojos, y que las células del epitelio respiratorio están más o menos hinchadas, en degeneración. Los elementos infiltrativos, bastante abundantes, están constituídos por plasmocitos en gran cantidad, unidos a grandes células de citoplasma débilmente acidófilo, cargado de detritus y pigmentos, y con núcleo generalmente central, fácilmente reconocibles. Son células con caracteres macrofágicos, ocupadas en substraer los escombros del parénquima pulmonar.

2.° El bronquio que ha comunicado el contenido del quiste con el exterior es un conducto de mediano calibre, con su envoltura incompleta de cartílago hialino, sus fibras musculares, su epitelio cilíndrico a pestañas vibrátiles reposando sobre una formación conjuntiva, ligeramente espesada en este caso. Además, este conducto presenta glándulas bronquiales, y una gran cantidad de vasos grandes y medianos, todos ellos con glóbulos rojos en el interior.

A mayor aumento vense entre el epitelio respiratorio completamente normal y las glándulas y los vasos, una infiltración moderada constituída por plasmocitos y eosinófilos. Las divisiones bronquiales que existen en el preparado tienen el mismo aspecto del bronquio principal del cual derivan.

3.° El tejido conjuntivo ha reaccionado más o me-

nos en todos los puntos del preparado. Pero, donde es más evidente esta reacción es en las vecindades del bronquio principal y de sus divisiones, donde se acompaña de una barrera infiltrativa de plasmocitos y eosinófilos, además de hemorragias intersticiales peribrónquicas y de la presencia de algunos macrófagos. Insensiblemente esta infiltración disminuye a medida que nos alejamos del bronquio y penetramos en el parénquima pulmonar.

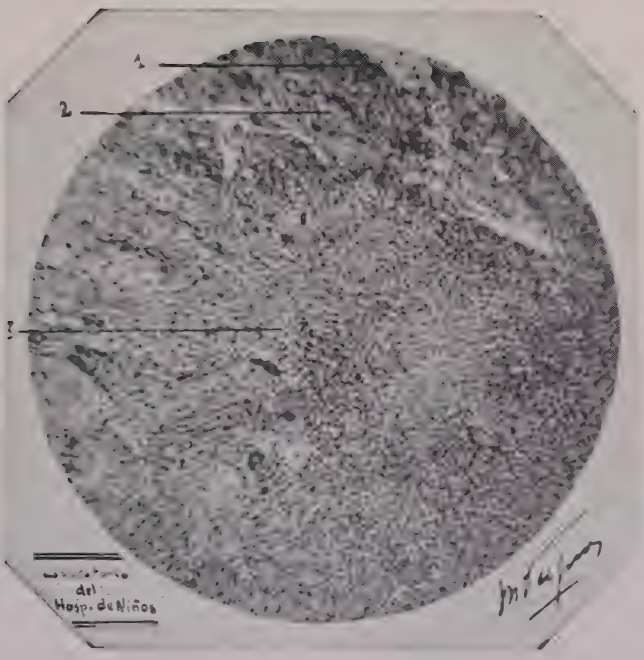
4.° Los grandes vasos que acompañan al bronquio —la arteria y la vena bronquial—tienen sus paredes espesadas y se presentan con hematies en el interior. Ya hemos hablado de la congestión de los capilares y de las hemorragias intra y extra alveolares.

Esta riqueza en vasos, congestivos en su totalidad, explican la frecuencia de los esputos hemoptoicos en los portadores de quistes, máxime cuando esta congestión existe en las zonas vecinas de los bronquios. (Microfotografía N.° 10).

El estudio anátomo-patológico de los neumo-quistes hidatídicos del pulmón es sumamente interesante y mucho ha preocupado en estos últimos tiempos, sobre todo desde que Dévé, magistralmente en el año 1907, trató esta modalidad de la equinococosis hidatídica pulmonar.

Si bien es exacto que la primera mención de estos neumo-quistes originados por el estado vesicular de la tenia equinococus puede encontrarse ya en Laenñec, lo cierto es que durante muchos años no se individualizó bien el concepto clínico y anátomo-patológico de este

MICROFOTOGRAFIA Nº 9.



1. Pleura. — 2. Tejido subpleural. — 3. Periquística.

importante proceso que, confundido con el neumotórax, fué muy poco tomado en cuenta por los autores. En efecto, si bien es cierto que Laennec (1) ya en 1831 se expresaba diciendo: "Los quistes y vermes vesiculares desenvueltos en los pulmones determinan, cuando ellos llegan a evacuarse en los bronquios, excavaciones susceptibles de dar la pectoriloquia y los otros signos de las cavernas pulmonares", y que más tarde Hearn señalaba que después de la evacuación de la bolsa quística la percusión podía dar sonido timpánico, el ruido de "pot félé"; en una palabra, los signos particulares a las vastas cavernas o al neumotórax, o que a la auscultación "la cavidad pulmonar se traducirá por gorgoteo, a veces aún por un soplo anfórico y retintín metálico, y esto en ausencia de un neumotórax"; a pesar de estos precedentes que bien pudieron oficiar como toques de atención, muchos observadores siguieron considerando como neumotórax a casos que en realidad eran verdaderos neumo-quistes hidatídicos del pulmón.

Dévé, con aquella escrupulosidad que caracteriza a todas sus publicaciones, deja constancia, sin embargo, en uno de sus últimos trabajos (2) que ya antes él lo hiciera en 1907, tres o cuatro autores habían señalado casos de pio-neumo-quistes hidatídicos del pulmón. Así, Broadbent en 1878, y diez años más tarde Mery y Soupault, relacionan pretendidos casos clínicos

(1) R. T. H. Laennec, Traité de l'Auscultation mediate. 3.ª edición, París 1831. T. 2.º, pág. 539.

(1) Dévé. Le pneumo-kyste hydatique du poumon. Revue de Chirurgie 1925. Page 248.

de neumotórax y pio-neumotórax en los que, sin embargo, la autopsia revela una naturaleza cavitaria hidatídica pulmonar y no pleural. A estas observaciones, que fueron bien demostrativas, añade aún Dévé otra observación de Galliard.

Es después del año 1907, posteriormente, por lo tanto, a los trabajos de Dévé, que aparece la tésis de su alumno, el malogrado Doctor Lepicard, en la que otra vez se vuelve sobre la cuestión. Después de este trabajo, que data del año 1912, son ya numerosos los autores, varios de ellos argentinos, que con sus observaciones han confirmado el concepto que sobre el pio-neumoquiste hidatídico del pulmón nos había dado el Profesor de la Facultad de Rouen.

En las obras clásicas aparecidas en nuestro país, y que han tratado la equinococosis hidatídica pulmonar, el pio-neumoquiste hidatídico no ha sido tenido en cuenta o no ha sido bien interpretado. Herrera Vegas y Cranwel nada nos dicen, en su excelente trabajo, sobre esta importante complicación de la hidatidosis pulmonar, lo que, hasta cierto punto, va explicado, dado la fecha de su aparición, que fué en el año 1901. Escudero, en 1912, en su obra, tantas veces citada, inicia el capítulo del pio-neumoquiste hidatídico con una descripción que revela a todas luces un error de interpretación, pues dice al respecto: "Dévé ha descrito, bajo el nombre de pio-neumo-quiste hidatídico del pulmón, la asociación de líquido y de aire contenido en una hidátide". No es esto por cierto lo descrito por Dévé.

El pio-neumo-quiste hidatídico del pulmón se nos presenta de tanto en tanto en la observación de la equinococosis hidatídica pulmonar (1). Muy lógico es pensar que cada vez se presenta menos, por cuanto su instalación revela, muchas veces, cierta ignorancia o desidia con respecto a la enfermedad causal. No son, por cierto, las hidátides jóvenes y reconocidas las que llevan a este proceso; son casi siempre las hidátides viejas, ignoradas o confundidas, las que llevan a la formación del pio-neumoquiste. Y hoy, con los conocimientos adquiridos sobre la hidatidosis pulmonar y con el sistemático empleo de los Rayos, es más difícil que la enfermedad nos dé notas tan extremas.

Como la anatomía patológica lo enseña, la condición esencial para la producción del neumo-quiste hidatídico del pulmón está en la evacuación del contenido quístico y en la penetración de aire brónquico en su bolsa o cavidad. Veamos en qué circunstancias puede producirse esta condición patogénica tan fundamental.

La evacuación del contenido quístico — membrana hidatídica o líquido hidatídico — bien lo sabemos, es casi siempre la obra de la vómica. Esta, si bien en algunos casos es tan estrepitosa que no deja ninguna duda respecto a su existencia, en otros casos puede, sin embargo, hacerse de una manera lenta, fraccionada y silenciosa, llegando su discreción hasta el punto de hacerla pasar desapercibida.

---

(1) En las historias clínicas que acompañan a este trabajo y sobre un total de 107 observaciones, el proceso neumoquiste hidatídico puede reconocerse en 9 casos (observaciones 9, 14, 26, 39, 48, 69 y 70 de hidátides pulmonares, y observación número 5 de hidatidosis hépato-pulmonar).

Pero, a su vez, la vómica inicial que tan esencial papel juega en la producción del neumo-quiste hidatídico, puede también ser originada en condiciones diferentes. La expontaneidad o la provocación de este accidente, sin embargo, poco da para la producción del proceso desde el momento que, tanto en uno como en otro caso, se produce la evacuación del contenido y la penetración consecutiva de aire brónquico en la bolsa o cavidad quística. Considerémosles, a pesar de ello, por separado.

Las vómicas expontáneas originadoras del proceso neumo-quístico son casi siempre vómicas purulentas, en las que, por lo tanto, la infección prepara y produce todo el cuadro sintomático que ha de constituir el pio-neumo-quiste. Las vómicas no espontáneas, con mucha más frecuencia, corresponden a hidátides limpias e intactas que de por sí hubieran aún seguido morando en el seno del pulmón. La intervención de un traumatismo o de un esfuerzo rompe en un momento dado su equilibrio vital, desintegrándolas y ofreciéndolas así y de golpe a una infección ulterior, por lo que si en un principio la vómica es bien "hidatoptisis o hidroptisis",— según los términos propuestos por Dévé—más tarde toma todos los caracteres de la vómica purulenta.

Entre las vómicas no expontáneas originadoras del proceso neumo-quístico hidatídico, figuran, en primera línea, aquellas que han sido determinadas por las punciones. En la estadística presentada por Dévé (1), en-

(1) F. Dévé. Le pneumo Kyste du poumon. Revue de Chirurgie 1925. Page 254.

tre 68 observaciones se registran 34, entre las cuales la punción, evacuadora o exploradora, ha determinado la vómica inicial. Entre nuestras observaciones figuran también varias en que la vómica ha sido provocada por la punción, pero ellas tienden a disminuir desde que esa maniobra se va anatematizando, no sólo en el tratamiento, cuanto también en el diagnóstico de la hidatidosis equinocócica pulmonar. (Radiografía 48).

Pero, si bien la condición esencial para la producción del neumo quiste hidatídico está en la evacuación del contenido quístico y en la penetración de aire bronquico en la bolsa o cavidad, no quiere esto decir, por cierto, que basten estos requisitos para que el proceso se produzca e instale. A este respecto veamos lo que muestra la clínica, la anatomía patológica y también los Rayos X.

La observación de un buen número de enfermos, portadores de hidátides en el pulmón, nos ha brindado a veces la ocasión de poder examinar inmediatamente el proceso pulmonar, antes y después de una vómica, vale decir, antes y después que se produjesen las condiciones esenciales para la producción del proceso neumo-quístico. En esto nos referimos a un enfermo donde la vómica fué expontánea, a otro donde ella fué provocada por una punción diagnosticadora no efectuada por nosotros, y luego un tercero, con una hidátide pequeña y central; a la cual punzamos, pero no extraímos en el curso de una intervención quirúrgica.

Ya, teóricamente, bien podemos colegir que toda hidátide, grande o pequeña, central o periférica que

se rompe y vuelca parte o todo su contenido en un bronquio y, originando una vómica, determina "ipso facto" un neumo-quiste hidatídico. Tal es precisamente lo que en la práctica hemos podido comprobar estudiando en los casos a que nos referimos y en los que el examen ha sido inmediato a la vómica. Si bien en uno de ellos, tratándose de una hidátide grande y periférica, fué muy fácil, clínicamente—por los signos percutorios y auscultorios—, darse cuenta de la gran cavidad hidro-aérea aparecida después de la vómica hidatídica limpia, en las otras hidátides pequeñas y más o menos centrales no se presentaron muy francos los signos cavitarios, siendo menester la intervención de los Rayos X para apreciar bien lo que ocurría en el órgano inmediatamente después del descalabro del parásito. Pero lo cierto es que, tanto en uno como en los otros, nos fué posible, radioscópicamente, asistir al neumo-quiste originado por la reciente vómica producida. Una imagen bien típica, más o menos redonda, con una parte superior clara, correspondiendo a una cámara aérea y una parte inferior oscura correspondiendo a una napa líquida o líquido sólida, daba en su conjunto el aspecto de un cesto, en el cual el continente estaría representado por la parte inferior oscura, y la asa o manija por el semicírculo superior, situado por encima de la cámara aérea, y correspondiendo a la tenue sombra proyectada por la delgada adventicia. Bastaba en ellos imprimir sacudones o movimientos de lateralidad al cuerpo de los enfermos para apreciar en la línea que marcaba el nivel líquido,

ondulaciones e irregularidades que aseguraban su condición de líquido móvil en un medio aereado.

Pero estos neumo-quistes que se producen a consecuencia y de inmediato a las vómicas hidatídicas, en muchos casos son bien efímeros y episódicos, y tan es así que si pocos días después se repite el examen radioscópico, comprobamos que ya no existe esa cámara con aire y líquido que nos daba la típica imagen neumo-quística. En algunos, sin embargo, esa imagen se estabiliza. Es precisamente esta diferente conducta de las cavidades que nos lleva a considerar otras condiciones, que si bien no son esenciales son, sin embargo, muy necesarias para que el neumo-quiste hidatídico del pulmón se instale y aparezca, ya no como una imagen fugaz o estado transitorio, sino como un proceso estable y capaz de presentarnos todo un verdadero complexo sintomático. Son precisamente las nociones adquiridas sobre la anatomía patológica de la hidatidosis pulmonar las que ahora nos encaminan sobre ese otro conjunto de condiciones necesarias para la producción e instalación del neumo-quiste o pio-neumo-quiste hidatídico. Ya, "a priori", es más o menos fácil suponer cuáles son aquellas condiciones que, oponiéndose a la desaparición de la cavidad hidro-aérea, tienden, por el contrario, a hacerla más o menos perenne. De una manera general bien podríamos decir que esas condiciones son las que ponen trabas para que el pulmón, por sus propias fuerzas, y por horror al vacío, pueda hacer desaparecer la cavidad formada alrededor del parásito.

Ya el volumen de la cavidad periparasitaria juega un papel importante en la producción de los neumoquistes. Así como las observaciones publicadas lo enseñan, y así como hemos podido confirmarlo en casos nuestros, el proceso neumo-quístico no es, por cierto, el patrimonio de las hidátides pequeñas. Si bien se cita alguna observación en que la cavidad era menor en tamaño que el que corresponde a una naranja, lo común es que las cavidades neumo-quísticas sean espaciosas o voluminosas, llegando en algunos casos a extremos inauditos y hasta el punto de no reconocerse casi parénquima pulmonar. En una de nuestras observaciones, la cavidad era tan amplia en ancho y altura, que al entrar en ella, en la intervención quirúrgica, hacía la impresión que se entraba en una cavidad pleural, en la cual por un pio-neumotórax el pulmón se hubiese retraído hacia el vértice, desapareciendo completamente de la escena. (Radiografías 49 y 50).

Otra condición muy favorable para la producción del neumoquiste, y que en parte está supeditada al tamaño o volumen de la hidátide y cavidad quística, la constituye seguramente el espesor de la pared cavitaria o adventicia. Cuanto más gruesa es ella, de por sí o por el aumento de espesor que haya experimentado a consecuencia de la infección, cuanto más espesa y fibrosa es su constitución, tanto más asegurada está la persistencia de la cavidad. Por otra parte no debemos olvidar que todo neumo-quiste, muy pronto se transforma en un pio-neumoquiste, en el cual la cavidad por dentro se tapiza de una membrana piógena,

y por fuera, en lo que bien podemos llamar zona pulmonar periquística, el órgano con frecuencia reacciona, dando focos congestivos y aún de hepatización, todo lo cual aumenta la resistencia de la pared quística, en detrimento de la desaparición de la cavidad.

No hay duda que en los pio-neumoquistes el propio contenido—el cadáver del parásito o los restos de él, nadando entremezclado al pus fétido—contribuye en la estabilización de ese proceso. Respecto a este contenido haremos notar que nunca, en nuestras observaciones, hemos podido comprobar vesículas hijas, sino únicamente a la membrana parasitaria primitiva en mayor o menor grado de desintegración. En uno de nuestros enfermos ésta había ya casi por completo desaparecido, no obstante que probablemente se trataba de una gran hidátide, habiéndonos sido necesario recurrir al microscopio para poder certificar su existencia en algunos grumos pequeños que nadaban en el pus.

Asimismo, y hasta cierto punto en concordancia o relación causal con esta especie de estancación de pus y restos de membrana en la cavidad quística, menester es también hacer resaltar el mal drenaje natural que acompaña a los neumo-quistes y pio-neumo-quistes. Siendo la vómica el único desahogo con que cuenta la cavidad para poder librarse, por expulsión, de su contenido, necesariamente la clase de sus relaciones con el árbol brónquico justifica en muchos casos la persistencia del proceso. La anatomía patológica, si bien demuestra a veces varias comunicaciones bronquiales,

y algunas de ellas grandes, enseña también que desde el punto de vista del drenaje ellas son inadecuadas, altas o antigravitarias. Más que como canales de drenaje, por su situación, podrían oficiar como tubos de chimenea, estos bronquios abiertos en la parte alta de la cavidad.

A todas estas condiciones que venimos enumerando, cuya existencia las demuestra la anatomía patológica, debemos aún añadir otra muy importante y que se relaciona con el estado pleural. Así como lo enseñan la mayoría de los casos publicados y tal como hemos podido comprobarlo en nuestras observaciones, los pio-neumo-quistes hidatídicos del pulmón presentan casi siempre una sínfisis pleural muy extensa o total en algunos casos, parcial o localizada al nivel de la bolsa quística en otros. Pero es de notar también que esta sínfisis pleural que acompaña a los pio-neumo-quistes encierra aún cierto carácter especial que ha sido muy bien precisado por Dévé y Lepicard cuando ellos dicen: "Lo que adquiere una gran importancia, es menos la sínfisis pleural misma cuanto la continuidad del tejido fibroso quístico con la pleura adherida. Si, en efecto, entre los dos existe una capa de parénquima pulmonar relativamente permeable y expansible, la retracción del quiste es todavía posible, gracias al juego que da la napa parenquimatosa intermediaria. Al contrario, cuando la cáscara quística se confunde con la pleura esclerosada y en sínfisis, *la pared externa de la caverna hidatídica es remachada a la pared costal* y no puede achatarse.

Fácil es, naturalmente, en posesión de todos los elementos, esenciales y coadyudantes, que intervienen en la producción del neumo-quiste y pio-neumo-quiste —y tan bien demostrado por la anatomía patológica— llegar al verdadero concepto patogénico de esta lesión.

Tratándose de hidátides alojadas en el pulmón, la Naturaleza, o mejor dicho, en este caso, las fuerzas naturales del órgano nos demuestran muchas veces, que ellas solas se bastan para desembarazarse del parásito invasor y para reparar la lesión o daño local que éste haya podido ocasionar. Las vómicas expontáneas seguidas de curación nos lo demuestran categóricamente. Pero para que el pulmón pueda conseguir ese éxito, con sus fuerzas propias, menester es que su principal modo de defensa no se encuentre trabado o reducido en su acción.

Así como en los casos de curación expontánea por vómica nos lo demuestra la clínica, hasta donde ella puede, así como nos lo enseña el estudio radiográfico de estos mismos casos, y así como también podemos verlo en muchos casos sometidos a la intervención quirúrgica, el pulmón, una vez producida la desintegración o la desaparición del parásito, trata de reivindicar sus derechos, ganando, o mejor dicho recobrando aquel espacio que en su propio seno ocupó la hidátide hasta la ruptura y evacuación.

Cuando se trata de hidátides pequeñas y centrales abiertas en un bronquio grueso, lo que facilita la elimi-

nación, el órgano, como si sintiera cesar la fuerza que sobre el parénquima ejerce periféricamente la hidátide, vuelve otra vez sobre la situación perdida, haciendo desaparecer o reduciendo considerablemente el espacio o cavidad que se había escavado en su seno y que el propio parásito mantenía existente. En este movimiento de expansión concéntrica limitada al nivel de la cavidad quística contribuye seguramente esa pequeña franja atelectásica o de compresión pulmonar que se halla en la adventicia, y a él no se opone, por cierto, la constitución de esta última, por cuanto no posee, por las condiciones del caso, ni la resistencia ni la firmeza necesarias para impedir ese proceso de reducción de cavidad. Demás nos está decir que esta reducción fácil para el órgano contribuye también para que la cavidad a su vez apure, por intermedio de la comunicación bronquial, el desagüe o drenaje de la hidátide membranosa y líquida. Este proceso de reducción de cavidad que se opera bien pronto después de la evacuación del parásito explica la inexistencia de ruidos hidro-aéreos en muchas hidátides pequeñas o medianas vaciadas, como también la desaparición de la fugaz imagen neumo-quística que los Rayos X nos enseña en ellas, inmediatamente a las vómicas. La restauración rápida que se opera en estos casos es la obra exclusiva de la propia elasticidad pulmonar ejercida libremente sobre un espacio dado, y mediante la cual el órgano vuelve a ocupar un espacio del cual había sido desalojado. La cavidad quística pasa entonces a ser una simple cisura cuyas paredes bien pronto entran

en contacto y se adhieren, no quedando, luego, de ella sino rastros apenas apreciables por la clínica y la radiografía.

Pero no siempre, como se comprende, el proceso es tan simple y tan ideal como en el caso que acabamos de poner como ejemplo. Sea porque la cavidad es más grande, sea porque la infección anterior o posterior a la vómica determinan en el parénquima periquístico lesiones congestivas o hepatizantes, lo cierto es que este proceso se dilata y se asiste a todo un período o era durante el cual dominan los fenómenos infecciosos inherentes a una verdadera caverna, de la cual muy lentamente y con dificultades se va deshaciendo el órgano. Este, que en la restauración no ha contado con toda su libertad de acción, consigue por fin ese objeto. En este caso, clínica y radiográficamente, quedan mayores rastros de esa hidátide antes existente y del nido que ella ocupó.

Cuando el poder del pulmón para la restauración se encuentra trabado por esa serie de factores anátomo-patológicos que hemos visto, una cierta impotencia se produce en el órgano para con sus propios medios naturales poder deshacerse de ese proceso cavitario originado por el parásito. Con la desintegración de la hidátide y la comunicación bronquial, se inicia un proceso cuya estabilidad le da el carácter de un verdadero "statu quo" patológico, ante el cual el órgano poco o casi nada puede. En efecto, la expansión del órgano, tan necesaria para la reducción de la cavidad, se ve muy dificultada por un factor al cual, por cierto,

ya Dévé y Lepicard le dieron toda la importancia debida, esto es, la verdadera soldadura que se establece entre la pared quística y la pared costal. Y no es aquí el caso de una simple adherencia entre las hojas pleurales, complicación frecuente en la hidatidosis pulmonar, sinó que, en rigor, lo que se establece es una verdadera fusión entre la adventicia y la pleura parietal, sin que entre ambas, fuera de la pleura visceral, quede parénquima pulmonar alguno. Naturalmente que en estas condiciones hay ahí toda una zona muerta en lo que respecta a ese movimiento de expansión periquístico tan necesario para la reducción y desaparición de la cavidad dejada por la hidátide. Pero a este factor de expresión bien mecánica, debemos todavía agregar otros que luego se suman, a medida que se van produciendo y acentuando.

Por el solo hecho de la comunicación bronquial, tanto en la cavidad quística como la hidátide abierta, prácticamente, tienen que considerarse como elementos infectados. Aún en el caso de que la vómica inicial del proceso, macroscópicamente haya exteriorizado líquido hidatídico limpio y algún trozo de membrana en igual estado, los productos de expectoración en los días subsiguientes muestran el viraje purulento que se opera en el contenido de la cavidad quística. Ante esta infección manifiesta y continua supuración, la adventicia, cuyo grosor en un principio pudo ser discreto, tiende a espesarse y, por lo tanto, a adquirir menos maleabilidad y mayor consistencia; por otra parte, la producción de pequeños focos congestivos o hepati-

zantes en el parénquima pulmonar inmediato, cuya resolución no siempre es bien completa, contribuye también en igual sentido. Y a tal punto llega en algunos casos esta dureza y espesor de la pared quística, tal es la resistencia de ese sólido y grueso cascarón que bien podríamos decir que en ciertos pio-neumoquistes la cavidad tiene paredes de cemento armado.

Una estrecha y antigravitaria comunicación bronquial mantiene el proceso purulento en el pio-neumoquiste hidatídico. Las vómicas repetidas y periódicas, así como las producidas por los cambios de posición, la iluminación con los Rayos X en las distintas posiciones y condiciones, nos dejan entrever que los productos se estancan por la inadecuada colocación de los tubos de drenaje.

Así establecido el proceso, el pio-neumoquiste hidatídico se instala, evolucionando siempre con lentitud, aunque con alternativas. Su duración es muy larga en algunos casos, desde que puede prolongarse durante años. Y a medida que se prolonga, como consecuencia de la tenaz acción infecciosa, puede darse el caso que la supuración concluya y elimine todos los restos de la hidátide muerta, siendo entonces difícil, como en una de nuestras observaciones, certificar a simple vista la verdadera naturaleza del proceso pio-neumo-quístico.

Muy interesante también resulta el estudio anátomo-patológico del neumotórax hidatídico, tanto más

cuanto que él no siempre clínicamente ha podido ser debidamente precisado. Muchas tituladas observaciones de neumotórax hidatídico, en realidad no han sido tales, sino simplemente neumo-quistes o pio-neumoquistes no bien interpretados.

El neumotórax hidatídico resulta de la ruptura en la pleura de un tumor hidatídico, cuya cavidad, a su vez, está en comunicación con el árbol bronquial. Veamos qué condiciones se requieren para que sea posible la producción de este proceso.

Ante todo, y como es lógico, tratándose de una ruptura o perforación en la cavidad pleural, menester es que el tumor hidatídico en su evolución o crecimiento guarde o conserve una situación o ubicación periférica con relación al órgano, esto es que, tanto la hidátide como la bolsa quística que le contiene, sea córtico-pulmonar.

Pero la proximidad de la bolsa quística a la cavidad de la pleura, aún en caso de ruptura, exige todavía otra circunstancia indispensable: tal es la ausencia de fusión o sínfisis entre las hojas pleurales.

Las adherencias pleurales en la equinococosis hidatídica pulmonar es, según nuestra observación, un fenómeno que se observa con bastante frecuencia no sólo en los casos de hidátides supuradas sino también en muchos casos de hidátides limpias o intactas. Desde este punto de vista no estamos con aquellos autores que sostienen que las adherencias pleurales sólo constituyen la regla en las hidátides supuradas y que ellas son raras en las hidátides limpias. Una vez más desea-

mos hacer notar que la existencia de estas sínfisis no puede siempre deducirse del acto operatorio, pues muy bien puede ocurrir que las hojas pleurales estén fusionadas en un sitio donde la intervención quirúrgica no lo delata. A pesar de esta frecuencia de las adherencias, que muchas veces son parciales, no creemos que ellas puedan ser siempre un óbice para la producción del neumotórax, pues la cavidad quística puede abrirse en un sitio donde las hojas de la serosa no están soldadas; en estas condiciones, lógicamente puede producirse un neumotórax limitado o enquistado, tal como se han publicado algunas observaciones.

Tan necesaria como la serosa libre o no adherida es también para la producción del neumotórax hidatídico, que la cavidad quística esté en comunicación con el árbol bronquial. Estas comunicaciones, según nuestra observación, se presentan bien frecuentemente en las hidátides desarrolladas en el pulmón. Ya anteriormente nos hemos ocupado de estas comunicaciones, siendo, por lo tanto, inoficioso volver sobre ellas. Unicamente deseamos dar nuestra opinión respecto al momento en que ellas se producen con relación al momento en que se origina la comunicación o perforación pleural.

Es con respecto a este punto que Dévé (1), al tratar el mecanismo de la ruptura quística intra-pulmonar, nos ha dicho: "Los autores clásicos, repitiéndose al antojo, declaran que un orden cronológico variable

(1) Dévé. Le pneumo-torax hydatique. Revue de Chirurgie. Año 1925. Pág. 103.

se observaría en la "doble perforación" brónquica y pleural—porque ellos parecen asimilar las dos "perforaciones"—observada en semejantes casos". La ruptura puede hacerse primero en la pleura y luego en un tubo brónquico, escribe D. J. Thomas, o vice versa, o bien las dos pueden producirse al mismo tiempo". Dieulafoy, si bien declarando que: "es casi siempre la perforación brónquica que se hace la primera", admite, sin embargo, que existen casos "donde la perforación de la pleura se hace antes de la perforación de los bronquios". Y en su reciente artículo, Rivadeau-Dumas reproduce esta opinión. Por su parte, Antonucci escribe: "En los casos más frecuentes, la ruptura se produce contemporáneamente o en dos tiempos separados, a la vez en el árbol brónquico y en la pleura".

"En realidad la abertura brónquica preexiste siempre. La ruptura pleural no hace sino desenmascarar la fístula mucosa latente, "ciega" que ella es, por la cutícula parasitaria tensa, exactamente aplicada contra ella".

Si bien entre nuestras observaciones no figura ningún caso de neumotórax hidatídico, lo que nos da la medida de la rareza de este proceso en la hidatidosis pulmonar de la infancia, en cambio son numerosos los casos en los cuales, al intervenirlos, e inmediatamente de evacuado el parásito, hemos podido comprobar la existencia de comunicaciones bronquiales que recién en ese momento y previo el desalojo de la hidátide, se han mostrado como existentes. Ellas exis-

tían latentemente, y como que correspondían a cavidades quísticas ocupadas por hidátides limpias o intactas, esas comunicaciones, podríamos decir, a lo menos aparentemente, eran comunicaciones silenciosas y sin tránsito, pero que se hacían presentes inmediatamente de producido el desalojo del parásito como si este mismo en su condición de vesícula elástica distendida contribuyera, con su propia pared, a taparlas y mantenerlas en su latencia.

En oposición a estas comunicaciones bronquiales que en rigor preexisten a la evacuación quirúrgica del parásito, la observación no nos muestra que en la convalescencia de las cavidades quísticas drenadas se produzcan comunicaciones que no existieran ya inmediatamente a la evacuación de la hidátide. Y a todo esto que la observación nos muestra, agreguemos aún el importantísimo hecho de que la comunicación bronquial—así como lo ha comprobado Dévé—es una verdadera ulceración de la pared brónquica, originada por lenta necrosis local de la misma, en aquellos bronquios englobados en la napa avascular y toxi-necrótica de la adventicia quística. Naturalmente, que con todos estos elementos de juicio, pensamos que en el neumotórax hidatídico la comunicación bronquial que constituye un proceso de cierta lentitud, pero bastante frecuente en las hidátides del pulmón, precede a la comunicación pleural, obra de un instante esta última, desde el momento en que ella es sólo la consecuencia de una ruptura o desgarro de la pared periférica de la cavidad quística.

La ruptura del quiste periférico o superficial en la cavidad pleural, sea expontánea como también mediando un traumatismo, esfuerzos o quintas de tos, se explica por la impresionante delgadez que muchas veces adquiere en ese sitio la adventicia doblada de la serosa visceral. En alguna pieza anatómica examinada, la delgadez era tal que ella se reducía a una lámina casi traslúcida que daba al tumor hidatídico el aspecto de una ampolla ubicada sobre la superficie del pulmón. Es con referencia a esta ruptura que Dévé (1) dice: "En cuanto al mecanismo de la ruptura intrapleural de los quistes del pulmón—porque es bien de una *ruptura* que se trata, esta vez—él es "mutatis mutandis" coincidente con aquel que preside a la ruptura intraperitoneal de los quistes hepáticos". Aquí como al nivel de los quistes del hígado (Dévé) *son los quistes universiculares más favorables para el estallido de la adventicia quística*: delgadez de esta adventicia, ausencia de reacción serosa, incompresibilidad de la vesícula hidática única, bajo tensión, transmitiendo a su envoltura fibrosa las presiones que ella recibe en el curso de los esfuerzos, de las quintas de tos. Nosotros hemos visto que esta disposición univesicular se observa en 77% de los casos.

Para resumir, nosotros diremos que, por norma, el neumotórax hidatídico se observará en casos de quistes *corticales, univesiculares, no infectados y no precedentemente evacuados en los bronquios"*. Es precisamente teniendo presentes estas condiciones que no

(1) Dévé. Le pneumotorax hydatique. Revue de Chirurgie 1925. Pág. 103.

deja de llamarnos la atención el hecho de que no se registre entre nuestras 107 observaciones de hidatidosis equinococóccica pulmonar en la infancia, ninguna en la cual se haya producido esta complicación pleural. Y bien podemos asegurar que en ellas, con mucha frecuencia, se trata de quistes corticales, no infectados, ni evacuados precedentemente por los bronquios; y en lo que respecta a la univesiculación, una vez más repetiremos que en nuestras numerosas observaciones no conocemos, en las hidátides pulmonares, a las vesículas hijas. Es entonces tratando de cohonestar lo que la observación nos enseña con aquello que se ha establecido ya como favorable o predisponente para la producción del neumotórax, que pensamos que aún fuera de esas condiciones emitidas por Devé, es probable que la propia ausencia de sínfisis o adherencias pleurales —condición "sine qua non" para la producción del neumotórax—favorezcan también la ruptura del quiste en la cavidad pleural. La adventicia delgada, que por el hecho de adherencias se fija a la pleura parietal, no solo recibe en ese sitio un refuerzo de consistencia, sinó que también esas adherencias pueden moderar la distensión y estiramiento que en ella puede producirse como consecuencia de la tensión o expansión del parásito vesicular. Es pensando de esta manera que nos explicaríamos la rareza del proceso—ausente en nuestras observaciones—dado que las adherencias se encuentran muy comúnmente.

El vuelco intrapleural de un quiste pulmonar al producir la entrada de aire bronquial en la cavidad,

y originar, por lo tanto, el neumotórax, se traduce también por otros fenómenos en concordancia con la naturaleza de la causa que lo produce. Fuera aún de la hemorragia de origen pulmonar que puede producirse—muy discreta, sin embargo, dada la constitución de la adventicia—y de la exudación serosa reaccional, producida por la entrada del aire en la pleura, menester es también tener en cuenta que en el neumotórax producido por la ruptura del quiste se agrega todavía la infección bronquial y los desórdenes que son capaces de hacer estallar el líquido hidatídico por una parte, y los elementos parasitarios por otra.

No es de extrañar, por supuesto, que la gran mayoría de los neumotórax hidatídicos en breve plazo se tornen en pio-neumotórax. Los gérmenes infecciosos llegados por la brecha bronquial a la cavidad quística pasan también a la cavidad pleural y encuentran un inmejorable medio de cultivo en el líquido hidatídico, en la sangre o en los exudados. De esto, que si bien excepcionalmente en algún caso la infección es lenta o atenuada, lo común y lógico es que bien pronto se haga una franca colección purulenta, a veces pútrida y aún con producción de gas.

En lo que atañe al derrame de líquido hidatídico y elementos equinocóccicos dentro de la cavidad pleural, en el proceso del neumotórax, es necesario considerar los varios desórdenes que pueden ocasionarse. A la intoxicación hidatídica—por anafilaxia—originada por la absorción del líquido por la serosa, se agregarían aún reacciones especiales de la pleura, tradu-

ciéndose por líquido en el que, y precozmente, se advertiría, por el examen citológico, una fórmula marcadamente eosinófila. Pero aún fuera de estas reacciones, en el neumotórax hidatídico juegan todavía su papel los elementos parasitarios.

Al romperse la adventicia y poner en comunicación el quiste con la cavidad pleural, la membrana madre, rota y achatada, pasa generalmente al interior de la serosa, donde constituye un cuerpo flotante y muerto en medio del líquido infecto y purulento. Puede también ocurrir el caso excepcional, alguna vez observado, que la vesícula hidatídica salga ilesa del accidente y que enucleada intacta de su quiste adventicio se traslade a la pleura, donde puede aún seguir su evolución, constituyendo lo que muy bien Dévé llama *equinococcosis primitiva heterotópica.* En cuanto a la suerte de los elementos equinocóccicos más pequeños—vesículas prolígeras y escolex—lo común es que, aglutinados por la fibrina y fijados en ciertos sitios de la serosa, algunos de ellos puedan proseguir su evolución, aún en contacto de un líquido purulento y dar origen, por transformación vesicular, a una verdadera equinococosis secundaria de la pleura.

Otra lesión anátomo-patológica importante que se observa en el neumotórax hidatídico sería también la falsa membrana fibrinosa que se advierte sobre toda la superficie de la serosa. Respecto a ella y al importante papel que puede desempeñar, dice Dévé en su trabajo ya varias veces citado: "Que el derrame pleural, sea citrino o sero-purulento, se ve desenvolverse

sobre toda la superficie de la pleura una *falsa membrana fibrinosa,* cuyo papel será importante. Esta membrana contribuirá frecuentemente a obturar el orificio de ruptura pulmonar. De abierto que él era en un principio, el neumotórax llegará a ser, desde entonces un neumotórax cerrado, puesto más o menos al abrigo de la infección broncoquística, si él no ha sido infectado de golpe, y capaz de reabsorberse, gas y líquido".

"Pero antes que el relleno fibrinoso haya terminado y llegado a ser capaz de resistir a la acción de la tos y de los esfuerzos, la membrana fibrinosa podría formar un estrangul blando y móvil, un sopapo determinando un neumotórax a presión".

Antes de terminar con estas consideraciones anátomo-patológicas referentes a las complicaciones que el quiste y las hidátides pulmonares pueden originar cuando ellas se abren periféricamente, esto es, hacia el lado de la pared torácica, produciendo en ciertos casos el neumotórax, deseamos también mencionar la posibilidad de otra complicación que creemos haber podido advertir en una de nuestras observaciones. Se trata aquí de una rara forma de hidatidosis pulmonar, en la que una gran cantidad de vesículas se insinúan entre los músculos intercostales, habiendo algunas de ellas gastado en parte a las costillas. Este mismo conglomerado se prosigue en pleno parénquima pulmonar adherido y fijo en la pared, siendo de notar que mu-

chas de ellas se eliminan por vómicas, y otras por la incisión operatoria. En los antecedentes del enfermo no se registran síntomas que hagan suponer neumotórax alguno, ni general, ni localizado. Existe, sí, un fuerte golpe, caída del caballo, ocurrido un año atrás y que no fué seguido de vómica. Con estos elementos es posible presumir que un quiste muy adherido a la pared—salvada o eliminada la cavidad pleural, por lo tanto,—ha sufrido un fuerte traumatismo que, abriendo una profunda brecha a través de la adventicia y de las hojas pleurales en sínfisis, ha llegado hasta por fuera de la cavidad torácica, dando lugar a una equinococosis secundaria desarrollada entre los músculos y las costillas, a la manera de un empiema de necesidad.

Capítulo V

SINTOMATOLOGIA

Con la hidatidosis pulmonar ocurre, alguna vez, lo que con la hidatidosis hepática, esto es, que la intercurrencia de alguna otra afección es quien provoca la revelación de la equinococosis, pues hasta tanto la intercurrente no se cruza la hidátide se desenvuelve silenciosamente en el pulmón. En estas circunstancias la enfermedad agregada, en su papel delator, obra simplemente atrayendo o enfocando la atención del médico sobre un pulmón que si bien, en apariencia, está sano para un examen prolijo, sin embargo, no lo está; la enfermedad intercurrente puede también alterar la vida y desenvolvimiento del parásito, despertando una sintomatología que hasta entonces no se había iniciado.

En la infancia, la complicación pulmonar del sarampión, de la coqueluche o de la difteria, la neumonia, la grippe, o una pleuresía, son las afecciones intercurrentes más a propósito para denunciar o complicar una latente equinococosis pulmonar. En la anamnesis de los niños que hemos observado, muchas veces encontramos que es "a raíz" de esas enfermedades que se inician los primeros síntomas de la hidatidosis; sin

embargo y no obstante no poder en absoluto aceptar o negar la veracidad o exactitud de esas afecciones anteriores—traídas a colación por el interrogatorio—es de sospechar que en muchos casos algunas de esas afecciones intercaladas, no han sido, en rigor, más que manifestaciones de la propia hidatidosis pulmonar y que por error en el diagnóstico fundamental no se les dió su verdadera significación.

En la sintomatología de la equinococosis pulmonar infantil un punto interesante de resolver es la determinación de los síntomas iniciales de la enfermedad. La clínica, a este respecto, nos enseña que en los niños portadores de hidátides en el pulmón y que llegan a la observación médica, hay casi siempre ya un pasado en el cual es necesario investigar para encontrar, o, por lo menos, para deducir el punto de partida en el cuadro sintomático de la afección. Pero si bien es verdad que en la inmensa mayoría de las observaciones las cosas ocurren así, necesario es también dejar constancia que en algunos casos raros, y no obstante la magnitud de la hidátide desenvuelta en el pulmón, no se encuentran en los exámenes retrospectivos revelaciones sintomáticas; esta última circunstancia nos demuestra que la equinococosis en el pulmón es alguna vez silenciosa y muda en su exteriorización.

Teóricamente, por lo menos, tenemos que admitir que la hidatidosis pulmonar, en sus comienzos, es una enfermedad que no da síntomas físicos o funcionales, y a esto nos conduce la propia observación, según la cual cuando la sintomatología se inicia es cuando tiene

el parásito ya un tamaño bastante apreciable. Por lo que nosotros hemos observado, cuando la clínica, la radiografía y ulteriormente la intervención demuestran la existencia de una hidátide en el pulmón, ésta tiene ya un tamaño de alguna consideración, y tan es así que los más pequeños que hemos observado tenían el volumen que corresponde, más o menos, a un huevo de gallina.

Pero hasta tanto la hidátide o las hidátides del pulmón no alcanzan la talla que hemos mencionado, hasta tanto la vesícula originada por la transformación del embrión no mide un diámetro de 3 ó 4 ctms., más o menos, el pulmón tolera al intruso sin manifestar alguna reacción que clínicamente se traduzca en una manifestación sintomática; es, entonces, después de un período de silencio o de latencia que se inician los primeros síntomas y esto ocurre cuando el parásito sobrepasa el límite de tolerancia que el órgano tiene para él. Los albores de la hidatidosis pulmonar transcurren en plena calma sin signos físicos ni funcionales, no obstante que en ese primer período el pulmón no permanece indiferente; la periquística, con la consiguiente atrofia y compresión del parénquima que se observan aún alrededor de las hidátides pequeñas, demuestra ya una reacción histológica evidente, no traducida, sin embargo, muchas veces, en exteriorizaciones clínicas.

De las distintas afecciones que en la infancia tienen por escenario el pulmón, la equinococosis es, fuera de duda, una de las mejor toleradas. Esta tolerancia

del órgano frente al parásito está, sin embargo, subordinada a ciertas condiciones o circunstancias en las cuales se desarrolla la hidátide. Así vemos, que no siempre las hidátides más grandes son aquellas que con más facilidad se denuncian por los síntomas, traduciendo una reacción pulmonar o aquellas en las cuales por el examen retrospectivo se encuentran síntomas iniciales más remotos. Es que los síntomas en su aparición, más que al tamaño de la hidátide misma están frecuentemente supeditados también al sitio o ubicación del parásito dentro del órgano; muchos son los casos donde una hidátide pequeña, pero central, origina una precoz y tumultuosa escena sintomática y muchos también donde un gran tumor periférico es descubierto por azar en la radiografía, sin que, de por sí, haya producido mayor movimiento reaccional o sintomático.

Dados los conocimientos que hoy tenemos respecto al desenvolvimiento del parásito, en lo que se refiere al tiempo necesario para que la vesícula alcance un tamaño apreciable clínicamente; dados también los datos que algunas observaciones de hidatidosis pulmonar han podido ofrecer para calcular el tiempo transcurrido entre la infección y la eclosión de los síntomas, se puede deducir que siempre corre un período—alrededor de un año—en el cual el intruso vive y crece sin que nada lo denuncie. En la hidatidosis del pulmón menester es entonces aceptar un primer acto, mudo y latente, al cual la clínica no concurre, desde el momento que no hay signos ni síntomas de la enfermedad,

o mejor dicho, no hay motivos para que esos signos o síntomas se busquen.

La estada de una hidátide, ya suficientemente desenvuelta en el pulmón del niño, así como también los percances que acaecen en la vida del parásito vesicular anidado, se traducen por una serie de síntomas o signos, que si bien son lo suficientemente expresivos en algunos casos para dar a la afección una fisonomía especial, en otros, y al principio sobre todo, no pasan de ser vagas e imprecisas manifestaciones de un padecimiento pulmonar, cuya naturaleza no se muestra. Sin embargo, si bien es verdad que a veces el pulmón tolera con un inexplicable silencio al intruso o que sus reacciones frente a él son en cierto modo similares a las que en el mismo órgano se originan por otras causas o agentes patógenos, verdad es también que el parásito, de por sí, exteriorizando su naturaleza, con la muestra de su membrana o de sus gérmenes, contribuye a dar, entre las manifestaciones de la enfermedad, los signos inequívocos de ella.

En la infancia, donde casi toda la patología pulmonar tiene sus modalidades, la equinococosis tiene también la suya; y si no debemos ver, sin embargo, en esto reacciones distintas del niño frente al parásito, veamos en ello, por lo menos, diferencias en el balance y en el valor de los síntomas.

Confesaremos que alguna vez hemos estado tentados de describir, entre nosotros, un tipo de niño "hidatidoso pulmonar", aventura clínica que el tiempo se hubiera encargado de desvanecer, pues la difu-

sión de la enfermedad por una parte y la dilución de la raza criolla por otra hubieran terminado—y no en muy largo plazo—por hacer desaparecer o enrarecer a ese tipo que todos hemos observado en el país. Nuestro niño de campo, con sus inconfundibles características étnicas reforzadas por un ambiente poco propicio para la germinación de la tuberculosis, y padeciendo de un mal pulmonar crónico que hasta su tórax deformaba, creó realmente un tipo especial de enfermo, algo así como un "poitrinaire" equinocócico. Así hemos visto muchos y los vemos todavía, aunque menos. Pero el avance de la hidatidosis acercándose a los suburbios y penetrado aún en la capital, así como la dilución de nuestra raza en la ola inmigratoria que invade la campaña, necesariamente fué y va enrareciendo y transfigurando a ese primitivo tipo de enfermo que, transitoriamente por lo menos, constituyó un tipo nuestro, nacional, en la hidatidosis pulmonar de la infancia.

Como una consecuencia de la menor capacidad y resistencia de la caja torácica del niño, así como de la elasticidad de sus costillas, la equinococosis pulmonar, en igualdad de condiciones, origina deformaciones más frecuentes y más intensas en la infancia que en el adulto.

La saliencia o abovedamiento, más circunscripto que difuso, traduciéndose esqueléticamente por una variación en el arco y paralelismo de las costillas, apreciándose a la vista, a la medida o a la radiografía, se observa muy especialmente en aquellas hidátides que por razones de su ubicación han adquirido un tamaño

considerable sin romperse, vale decir, en las hidátides desarrolladas hacia la periferia de los pulmones.

Es refiriéndonos a las deformaciones, que en nuestra tésis de doctorado (1) decíamos en el año 1908: "Los quistes hidatídicos del pulmón en los niños pueden a veces producir deformaciones marcadas del tórax, dando lugar a notables asimetrías: en estos casos se trata de tumores voluminosos que empujan y deforman la pared costal.

Los quistes medianos o pequeños no producen, por lo general, deformaciones de importancia ni difusas ni circunscriptas.

Hemos visto muchos niños en quienes, si nos hubiéramos guiado únicamente por el aspecto exterior del tórax, no hubiéramos sospechado su hidatidosis pulmonar".

Hoy, con una observación mayor, muy poco es lo que podemos agregar a lo que entonces decíamos.

Las deformaciones torácicas difusas más grandes y más frecuentes son, en general, las que se observan en la base. Oportuno nos parece advertir, dada la frecuencia de la hidatidosis hépato-pulmonar, que a veces en esta deformación proeminente de las últimas costillas no sólo contribuye la hidátide desarrollada en el lóbulo inferior del pulmón—especialmente en el pulmón derecho—sino también las hidátides que puede albergar el hígado, sobre todo aquellas de evolución torácica o ascendente.

---

(1) Los quistes hidatídicos en los niños. 1908. Pág. 223.

Las deformaciones torácicas circunscriptas son más raras, y se observan de preferencia en la parte media o superior del tórax; corresponden a hidátides desarrolladas en el lóbulo superior izquierdo o en los lóbulos medio y superior derecho. Es por la parte anterior donde hemos visto más saliente la pared torácica en las hidátides desarrolladas en el vértice. Muy rara vez estas hidátides deforman la parte posterior de la pared torácica, en la región escapular.

Las hidátides centrales, cuya talla fatalmente por la ruptura y evacuación bronquial no pasa de ciertos límites, son las que no llegan a deformar la pared torácica. En estos casos ni la inspección ni la cirtometría y ni aún la radiografía muestran variaciones en la curva o en el paralelismo de las costillas.

En las deformaciones difusas o circunscriptas que como consecuencia de la equinococosis pulmonar se originan en el tórax de los niños, son las costillas, casi exclusivamente, las que traducen esas modificaciones en la forma: un aumento o disminución de la curva costal, así como el ensanche y atenuación de los espacios y depresiones intercostales es lo que más comúnmente se observa.

No obstante la menor resistencia de los espacios intercostales con relación a la de los arcos óseos, nunca se observa que la salida o proeminencia de los primeros sobrepase a la saliencia o abovedamiento de los segundos. En una sola observación (Observación número 45), es donde pudimos notar que, fuera de la deformación torácica difusa, existía también un tumor

que se insinuaba por los espacios intercostales; la intervención demostró, no ya una hidátide primitiva del pulmón, sino un conglomerado de hidátides, pleuro-pulmonares, fruto muy probablemente de una hidatidosis secundaria local.

La columna vertebral puede también, por las curvas de su eje, participar en la deformación originada en la infancia por la hidatidosis pulmonar. Si bien rara, alguna vez hemos tenido oportunidad de observarla desviada en niños portadores de hidátides grandes del pulmón derecho; en estos casos una curva escoliótica se produce en la región dorsal y la concavidad mira hacia el lado del pulmón donde la hidátide se anida.

Es también entre las modificaciones apreciables por la vista que la equinococosis pulmonar produce en el tórax, que debemos hacer notar la disminución y aún la abolición de los movimientos respiratorios en aquellos casos donde hidátides grandes o periféricos se exteriorizan por deformaciones de la pared costal.

La piel que cubre a la región torácica deformada casi nunca presenta modificaciones; si bien en algunos casos de gran deformación se puede apreciar una ligera red venosa, nunca, y aún tratándose de hidátides grandes supuradas y adheridas a la pleura parietal, se observan en el tegumento signos de inflamación.

Demás está decir que las deformaciones torácicas producidas por las hidátides del pulmón se acusan también en las imágenes radiográficas. Sin que ellas

Nº 6.

Hidatidosis del pulmón derecho. Ligera propulsión hacia adelante del hemitórax derecho.

(Observación personal).

Nº 7.

Hidatidosis de la cara convexa del lóbulo derecho del hígado. Gran deformación de la base torácica derecha.

(Observación personal).

llamen, sin embargo, mucho la atención, se apercibe en algunos casos que en el hemitórax correspondiente a la ubicación de la hidátide las costillas están más separadas y en posición más horizontal. En los casos de escoliosis la columna muestra muy bien su curva.

La palpación del tórax en los niños portadores de hidátides desenvueltas en el pulmón, descubre con frecuencia alteraciones en las vibraciones torácicas; la disminución, y aún la abolición completa de las vibraciones, se observa muchas veces en las hidátides grandes y periféricas. Sin embargo, ocurre también en otros casos que esta atenuación de las vibraciones vocales falta, ocurriendo esto en aquellas observaciones donde entre la hidátide y la pared se interpone pulmón atelectasiado, esclerosado o hepatizado apto para la transmisión y aún para la exageración de las vibraciones torácicas. Notaremos también que el área de las vibraciones abolidas no corresponde siempre al área de la macicez y que aquellas a veces se recobran donde ésta aún se manifiesta.

La palpación de la caja torácica, aún en el caso de hidátides pulmonares grandes y periféricas, no nos revela la renitencia o fluctuación que con tanta facilidad percibimos en las hidátides desarrolladas en los órganos abdominales: si bien es cierto que el esqueleto torácico impide en gran parte que esa sensación sea recibida por la mano que palpa, ella tampoco es obtenida en los espacios intercostales, y esto por la poca tendencia que la hidátide tiene a insinuarse por entre esos espacios en su crecimiento excéntrico.

No es común que la palpación y aún la palpación profunda ejercida tanto en las costillas como en los espacios intercostales determine dolor en la equinococosis pulmonar. Esta ausencia de dolor, muy explicable en las hidátides centrales, se observa también en muchos casos de hidátides grandes periféricas y aún supuradas.

La presencia de una hidátide desarrollada en el pulmón puede revelarse, y esto depende del tamaño, ubicación y estado de la vesícula, por una serie de modificaciones de la sonoridad pulmonar, apreciables por la percusión sistemática y ordenada del órgano.

Es innegable que los signos percutorios de la equinococosis pulmonar, así como los de otras afecciones, han quedado hoy un poco relegados en su importancia, y esto es un motivo para que ya no se les busque con todo aquel ahinco de antes, cuando la clínica, disponiendo de menos elementos de juicio, aprovechaba hasta el más mínimo detalle en sus medios y recursos, y trataba de obtener, en lo que a las exteriorizaciones percutorias se refiere, el máximo de su expresión o de su valor sintomático.

Los síntomas percutorios, dada las modalidades inherentes al tamaño, ubicación y estado de la hidátide, tienen, como es natural, que variar dentro de un margen bastante amplio. A pesar de esta variabilidad la sintomatología percutoria en la equinococosis pulmonar del niño tiene con frecuencia una expresión bastante característica.

Dada la naturaleza de las hidátides sanas desarro-

Hidatidosis de la cara convexa del lóbulo derecho del hígado. Gran deformación de la base del hemitórax derecho.

(Observación personal).

lladas en el pulmón—masa líquida envuelta por una doble capa sólida formada por la membrana parasitaria y por la quística del órgano—y dada también la constitución del pulmón, es necesariamente la macicez, en sus distintos grados, el síntoma percutorio revelador de su existencia. En lo que atañe a la infancia, y en igualdad de condiciones de tamaño o desarrollo, la revelación de la hidátide por los síntomas percutorios es seguramente más fácil que en la edad adulta; la masa sonora constituída por el propio pulmón, con su menor volumen absoluto y relativo, es la que en los niños permite que el parásito sea más accesible a la percusión.

Es por razones de orden anatómico que las hidátides desenvueltas en la región subclavicular, por delante, o en la región de la base por detrás, son—tanto en el niño como en el adulto-las que más fácilmente se revelan por la percusión; es en ellas donde podemos sentir la macicez más nítida y el límite curvo más franco, características ambas del esférico equinococo desenvuelto en el pulmón.

La macicez de las hidátides pulmonares — en la producción de la cual contribuyen no solo la hidátide misma, sino también ciertos procesos originados alrededor de la vesícula — toma en algunos casos una forma redondeada típica que traduce en parte o en totalidad la forma de la propia vesícula; así se observa que en las hidátides con asiento en el vértice, las más raras, se puede por la percusión delimitar un borde inferior que es convexo hacia abajo, de la misma ma-

nera que se obtiene un límite superior, convexo hacia arriba, en aquellas ubicadas en la base y que, como sabemos, son las más frecuentes. Límites curvos, superior e inferior, ambos convexos, es posible a veces encontrarlos en aquellas hidátides desarrolladas en la parte media del órgano, por arriba y por debajo de los cuales el pulmón libre y sano responde a la percusión con su sonoridad normal; en estos casos la percusión delimita una verdadera ínsula maciza en medio de la sonoridad pulmonar.

Los diversos grados de macicez—desde la ligera submacicez hasta la macicez más absoluta—pueden observarse en las hidátides pulmonares de la infancia y ellos están determinados tanto por el tamaño y forma de la vesícula como por su proximidad a la pared torácica. Son, como es natural, las hidátides pequeñas y centrales las que menos se acusan percutoriamente y las que aún pueden — cuando la lengueta pulmonar interpuesta alcanza un espesor de 5 ctms. — no revelarse por modificaciones en el sonido percutorio; en cambio, las hidátides grandes y periféricas nos han dado en muchos casos una macicez absoluta en una zona más o menos grande de la pared torácica. Aún tratándose de una misma hidátide, ocurre muchas veces que la macicez obtenida difiere de grado según la línea desde la cual se la percute; la mayor o menor proximidad a la pared torácica anterior, lateral o posterior, explica las variaciones en el sonido mate obtenido, así como también la forma de la hidátide misma, cuyo gran círculo o ecuador—considerado en el sen-

FOTOGRAFIA Nº 9.

Hidatidosis del pulmón derecho. Propulsión anterior del hemitórax.

(Observación personal).

tido vertical—está siempre más próximo a los arcos costales que sus dos extremos polares.

La macicez determinada por los equinococos en el pulmón del niño, por lo general, gradualmente—y no bruscamente como se ha dicho—se pierde por transición en medio de la sonoridad pulmonar. En muchos casos una sonoridad exagerada suele sentirse en la pared torácica correspondiente a una parte de pulmón respetado o libre de la hidátide; así, el skodismo subclavicular hemos podido escucharlo muchas veces cuando las hidátides se habían desarrollado en la base o en el medio del pulmón. No siempre por el área de macicez obtenida es posible deducir el tamaño de la hidátide alojada en el pulmón; fuera de que por la percusión únicamente se obtiene una superficie y de que ésta depende de la aproximación de la hidátide a la pared, aproximación que a veces es parcial, en otros casos también la apreciación del tamaño la hemos visto exagerada como consecuencia de procesos inflamatorios desarrollados alrededor de la vesícula e interesando al pulmón y a la pleura, así como también por la atelectasia o compresión que algunas hidátides, de vértice o de base, ejercen respectivamente en la cumbre o en la parte baja del pulmón.

Es aún por la percusión que, en algunas hidátides del pulmón, hemos podido en el niño delimitar zonas sonoras y aún timpánicas en aquellos sitios de la caja torácica donde normalmente la percusión da un sonido mate; esta modalidad percutoria, sobre la cual tanto ha llamado la atención el Profesor Morquio, es la con-

secuencia no ya de la sustitución o rechazo de los órganos mates—hígado y corazón—por el tumor próximo, sino más bien por partes del pulmón sanas y capaces de dar esa sonoridad en zonas que debieran dar macicez en la percusión.

Estudiando la impresión tactil recogida por la percusión en la equinococosis pulmonar es que en muchos niños con hidátides grandes y periféricas hemos buscado con empeño el temblor o frémito hidatídico; nunca, en nuestras observaciones, hemos obtenido ese síntoma en las hidátides desarrolladas en el pulmón.

La falta del frémito hidatídico en la equinococosis del pulmón—no obstante citarse algunas observaciones en las cuales se hubiera percibido frémito o una sensación semejante—la consideramos como lógica, dada la opinión que nos hemos hecho respecto a la producción del frémito por una parte y a las modalidades de las hidátides del pulmón por otra. Es con motivo de este curioso síntoma, y estudiando las circunstancias especiales de los casos en los cuales se nos había presentado, que ya en el año 1908 decíamos: (1) "Recorriendo nuestra estadística vemos que el temblor hidatídico ha sido contado siete veces (observaciones 11, 19, 38, 50, 145, 162 y 169, concernientes a los quistes hidatídicos del hígado), a los cuales debemos agregar otra observación de equinococosis secundaria donde le percibíamos también".

"El estudio de estas observaciones muestra que el

(1) Los quistes hidatídicos en lo sniños. Tésis de Doctorado. Pág. 112.

Nº 10

Nº 11

Hidátide de la cara convexa del lóbulo derecho. Gran deformación de la base torácica derecha

Hidatidosis de la cara convexa, del hígado. Deformación de la base del tórax.

(Observación personal).

Equinococosis secundaria metastática del pulmón.

(Experiencia personal)

Equinococosis secundaria metastática del pulmón

(Experiencia personal)

Equinococosis secundaria metastática del pulmón.

(Experiencia personal)

temblor ha sido sentido en casos donde la hidátide tenía vesículas hijas (observaciones números 11, 50, 58 y una de equinococosis secundaria), y en casos donde había varias hidátides alojadas en el órgano, aunque éstas no tuvieran vesículas secundarias (observaciones 19, 145, 162 y 169)".

"No se registra ni una sola observación donde "una hidátide única y desprovista de vesículas hijas" haya dejado sentir el frémito hidatídico. Vemos también que siempre ha sido en las hidátides del hígado donde se ha percibido el temblor".

Si hacemos abstracción de las distintas condiciones en que frente a la producción y a la percepción del frémito se encuentran el hígado y el pulmón, vemos que en este último órgano es donde precisamente casi siempre encontramos la "hidátide única y desprovista de vesículas hijas", esto es, la forma de equinococosis menos apta y favorable para la realización del curioso fenómeno tactil; efectivamente, como ya lo hemos hecho constar en capítulo anterior, la equinococosis pulmonar adopta en la inmensa mayoría de los casos la forma simple o monovesicular.

Fué con motivo del frémito percibido en aquellos casos donde si bien no existían vesículas hijas, habían en cambio varias hidátides en el órgano—el hígado en todos ellos—que en nuestro trabajo citado decíamos también (página 116): "La multiplicidad de hidátides en un órgano, el hígado por lo general, no siempre realiza las condiciones necesarias o exigidas para que el frémito se produzca, y así vemos que no obstante

figurar en nuestra estadística muchas observaciones con hidátides múltiples sólo cuatro veces hemos podido comprobar la producción del temblor. Es por esta razón que creemos que hay ciertas condiciones de posición o de vecindad entre las hidátides que les favorece bajo el punto de vista de la realización de este fenómeno''. Más adelante, después del estudio de tres observaciones en las cuales se pudo sentir claramente el frémito y en la que la intervención quirúrgica demostró el adosamiento o contacto de dos hidátides primitivas, agregábamos también en nuestro trabajo (página 119): ''En presencia de estos casos se nos ocurre preguntarnos: ¿La proximidad de varias hidátides no favorece la producción del temblor? Creemos que sí, pues nunca le hemos percibido cuando, no obstante tratarse de varias hidátides, éstas guardaban distancias entre sí. La reducción y aún desaparición de los tabiques divisorios entre las distintas hidátides viene a colocar a éstas en condiciones más o menos análogas a las que se encuentran las vesículas hijas dentro de la hidátide materna, apenas separadas por escaso líquido o magia gelatiniforme. La vesícula hidatídica deja entonces de estar encorsetada dentro de su resistente periquística y la soltura que le confiere un tabique delgado, o la pared de otra vesícula con quien se toca, le permite entrar en temblor por la vibración alternativa y rápida de su elástica membrana'.

''Esto es lo que creemos deducir d enuestras observaciones, pues si bien en algunas había vesículas hijas, éstas existían en escaso número y dentro de hidátides con abundante líquido''.

"Para que las hidátides tiemblen es necesario, según nuestra opinión, que gocen de cierto desahogo o comodidad que permita vibrar a su pared. Las hidátides sueltas o libres tiemblan todas y, sin embargo, alojadas en los órganos lo hacen excepcionalmente; he aquí lo que nos lleva a asegurar, en la patogenia y producción del frémito, un papel importante a la pared que envuelve por todos lados a la vesícula hidatídica".

"Hay también en la percepción del temblor un factor que no se debe olvidar y es la distancia interpuesta entre la vesícula que tiembla y la mano que le siente distancia ocupada por tejidos que no siempre conducen las vibraciones, amortiguándolas más bien".

Si nosotros aplicamos las consideraciones que preceden y que emitiéramos ya en 1908 a las condiciones y circunstancias en las cuales la observación nos ha mostrado que se desenvuelven las hidátides del pulmón en la infancia, vemos que estas hidátides, efectivamente, no son las que reunen más esos requisitos, los que, si no indispensables, son muy favorables para la génesis y percepción del frémito hidatídico. Como nos muestra la estadística, la hidatidosis múltiple primitiva del pulmón es muy rara, y como nos ha mostrado la observación, cuando ésta se presenta, nunca alcanza el número de hidátides existentes la cifra, con frecuencia alta, que se encuentra en el hígado. Por otra parte, y en lo que se refiere a las relaciones mutuas entre las hidátides, no es de observación ver en el pulmón a dos hidátides separadas por un tabique o interquística muy delgada o aún fenestrada, como hemos podido compro-

bar en aquellas hidatidosis hepáticas que originaban al frémito. Más todavía, en la equinococosis pulmonar, aún en el caso de producirse el fenómeno del frémito, las condiciones son seguramente otras en el sentido de la transmisibilidad; la pared torácica, con sus arcos costales, es muy posible que anule o amortigüe esas finas vibraciones; y en apoyo de esta opinión estaría el hecho de que nunca hemos sentido al frémito en aquellas hidátides de hígado con evolución torácica, no obstante la frecuencia con que ellas se presentan con vesículas hijas en la equinococosis de la infancia.

La auscultación en la equinococosis pulmonar de la infancia no nos suministra síntomas de importancia dado que ninguno de ellos puede ser considerado como especial a la hidátide que habita y que se desenvuelve en el órgano. La exteriorización sintomática percibible por la auscultación y particularmente en los casos donde la hidátide pulmonar se conserva sana e íntegra es con frecuencia muy pobre, tan pobre que a veces es completamente nula. Nada mejor, en la clasificación y valoración de estos síntomas auscultatorios de la equinococosis pulmonar, que lo que a su respecto nos dice Escudero en su excelente libro: (1) "La auscultación tiene una importancia mucho menor que la percusión: ella no presenta un solo carácter que sea particular a la hidatidosis pulmonar".

"Dos clases de fenómenos pueden descubrirse en la auscultación de la enfermedad hidatídica pulmonar: los unos son signos que corresponden a lesiones acom-

(1) Kystes Hydatiques du poumon. Pág. 114.

pañando el tumor hidatígeno (bronquitis, congestiones, atelectasia pulmonar: los otros son signos pulmonares causados por la comprensión del parenquima. Un tercer orden de hechos puede todavía ser descubierto: la ausencia de todo signo auscultativo. Esta división nos ha parecido necesaria para no caer en el error del número de autores, que atribuyen con injusticia al quiste, todos los signos auscultativos descubiertos en el examen".

Como es natural son las hidátides pequeñas y centrales aquellas que dan menos sintomatología auscultatoria: por el contrario, las hidátides grandes y próximas a la pared son las que más modifican la auscultación normal del pulmón. El estado de las hidátides, en lo que se refiere a su integridad, así como también las reacciones producidas en el árbol brónquico y en la pleura, imprimen a la auscultación las modalidades correspondientes a sus síntomas propios.

Desde la disminución del murmullo vesicular hasta el silencio respiratorio; desde la respiración ligeramente soplante hasta el fuerte soplo expiratorio, son fenómenos corrientes en la auscultación de las hidátides pulmonares en los niños: la atelectasia y la compresión ejercida por la hidátide sobre el pulmón situado entre él y la pared nos explican todas esas modificaciones auscultatorias.

Desde los rales gruesos hasta los pequeños se auscultan en la equinococosis pulmonar cuando una bronquitis acompaña a la hidátide alojada en el órgano: otro tanto ocurre, con los rales secos o húmedos sub-

crepitantes y crepitantes, cuando alrededor del quiste se originan procesos congestivos del pulmón, lo que por cierto es bastante frecuente.

Como acusando lesiones de pleura, sin derrame, en algunos casos raros, hemos podido escuchar frotes en varias de nuestras observaciones.

La egofonia es un síntoma auscultatorio muy raro en las hidátides del pulmón. No obstante, en dos de nuestras observaciones, este síntoma existía, sin que en la intervención a que fué sometido el enfermo se comprobara la existencia de una pleuresia (1).

A todos estos síntomas auscultatorios podríamos aún agregar aquellos otros — síntomas cavitarios — que hemos podido observar en los casos donde, como consecuencia de la ruptura y vaciamiento de la hidátide en un bronquio, así como por la persistencia de la cavidad quística, se ha originado un pio--neumo-quiste. De esos síntomas hablaremos cuando tratemos en particular esta complicación de la hidatidosis pulmonar.

Entre los síntomas funcionales que se observan en la equinococosis pulmonar en la infancia, la tos es,

---

(1) Con motivo de la egofonia en la hidatidosis pulmonar hay opiniones encontradas de autores argentinos en lo que se refiere al verdadero origen de su producción: mientras que Herrera Vegas y Cranwell (Los quistes hidatídicos en la República Argentina. Pág. 145) expresa que "la egofonia, cuando existe sería, pues, un signo de pleuresia complicando al quiste", Escudero en su obra ya citada, nos presenta una observación donde la egofonia, sin pectoriloquia afona, se ausculta, y en la que una intervención ulterior demostró la ausencia de derrame pleural, por lo que el referido autor establece, en lo que respecta a la hidatidosis pulmonar, que "la egofonia puede existir en ausencia de todo derrame pleural".

(Escudero. — *Kystes hydatiques du poumon*. Pág. 117).

seguramente, el síntoma más constante; por otra parte, a su constancia, menester es también reconocerle su prioridad en el cuadro sintomático provocado por el desenvolvimiento de la hidátide en el pulmón. La tos es, probablemente, el primer síntoma que rompe el período de silencio en medio del cual se desarrolla la equinococosis pulmonar en un principio, período extendido desde la fijación del embrión exacanto hasta que la hidátide alcanza el tamaño capaz de originar síntomas denunciadores.

La tos, casi siempre presente en el examen del enfermo, se le encuentra figurando siempre, también, en los antecedentes de la enfermedad, no siendo rara la observación donde ella marca el único síntoma con que se inicia y se desenvuelve la afección.

La tos inicial, determinada por la irritación pulmonar causada por el alojamiento en el órgano de un cuerpo extraño y creciente, tiene al principio los caracteres de una tos seca y breve, entrecortada por pequeños accesos y semejante, entonces, a la que origina, en sus comienzos, la tuberculosis pulmonar. El primitivo carácter de la tos despertada por la equinococosis pulmonar, se modifica muy frecuentemente en el curso de la afección: de discreta y suave, se torna en continua y violenta, siendo, también, muy común que ella tome ya un carácter bronquial, y que, a continuación del catarro añadido, la tos seca se cambie en tos blanda y húmeda.

Si bien, en muchos casos la tos producida por la hidatidosis pulmonar en la infancia, no obstante su

existencia, puede pasar, sinó inadvertida, por lo menos tolerada, en algunos casos raros ella adquiere una gran intensidad, constituyendo, realmente, un síntoma dominante. Así, en algunas de nuestras observaciones, los accesos eran tan violentos, que durante ellos los enfermitos se hacían sostener o aun caían al suelo, tomando en estos casos la tos un aspecto coqueluchoide. Haremos también notar que la tos, a veces, puede ser provocada por sólo un cambio de posición, la posición de decúbito dorsal, como en una de nuestras observaciones.

El dolor constituye, en la sintomatología despertada por la equinococosis hidatídica pulmonar, una manifestación frecuente en algún momento o período de la enfermedad, pero, no obstante esa frecuencia, también es necesario reconocer que ciertas hidátides desenvueltas en el órgano logran, a veces, un tamaño considerable, sin haber por ello originado nunca una nota dolorosa de importancia.

Es especialmente bajo la forma de dolor o puntada de costado que las hidátides pulmonares denuncian a menudo su presencia, y el dolor siempre torácico sólo muy excepcionalmente podría ser abdominal. (Observación N.° 33). Si bien, en ciertos casos, la manifestación dolorosa apenas se acusa, hasta el punto de constituír sólo un malestar o un dolor sordo (observaciones N.° 8 y N.° 11); naturalmente, que entre estos extremos, y es lo más común, se hallan una serie de notas intermediarias. Si en la mayoría de los enfermos el dolor se manifiesta en el costado y

en los espacios intercostales, algunas veces, también se localiza en la espalda, en el hombro, en la tetilla y aún en el epigastrio. Si bien espontáneo en su producción puede, por lo menos exacerbarse, por la tos o por las inspiraciones profundas (observación N.° 63). Si es cierto que en algunos enfermos el dolor constituye una manifestación continua (observaciones N.° 58 y N.° 66), lo común es que que el dolor constituya un episodio o que se presente en forma intermitente, y de ahí que en muchos casos, cuando los enfermos llegan al examen médico, el dolor ya no existe, ni espontáneo, ni provocado.

Fuera de estas modalidades del dolor, no deja de llamar la atención en las observaciones de hidatidosis pulmonar, que la época, era o momento del dolor coincide muchas veces con episodios febriles y de tos, justificándose así ese hecho clínico, al cual Escudero se ha referido ya y al que clasifica como una "reacción pleural febril y dolorosa" (1).

Con el objeto de poder establecer relaciones entre la complicación pleural de las hidátides pulmonares, y las manifestaciones dolorosas, por otra, hemos buscado en nuestras observaciones de precisar cuáles eran, en lo que se refiere a la pleura, las condiciones presen-

(1) Dice Escudero: Además del dolor, indicador de la vecindad pleural del quiste, hagamos mención de un hecho clínico que no ha sido todavía mencionado y que constituye, también, un índice de la localización periférica de las hidátides pulmonares. Se trata aquí de una *reacción pleural febril y dolorosa,* simulando una pleuresia aguda, siempre confundida con una enfermedad intercurrente (en las observaciones, ella figura bajo el nombre de grippe), que tiene costumbre de repetirce y cuya repetición denuncia muy frecuentemente la sínfisis pleural". (Kystes Hydatiques du poumon, pág. 28).

tadas por aquellas hidátides operadas y en cuya sintomatología anterior se había registrado el elemento dolor.

Es a los efectos de tal confrontación que si revisamos nuestras 78 observaciones de equinococosis hidática pulmonar (exprofeso excluímos las observaciones de equinococosis hidatídica hépato- pulmonar), hallamos, que en 42 casos el dolor aparece mencionado en la sintomatología de la enfermedad, y en 36 casos, la nota dolorosa no aparece en ese cuadro sintomático, sea porque, en realidad, no ha existido o porque, como es posible, también, no ha sido registrado por desconocimiento o deficiencia en la anotación de los antecedentes.

Si analizamos los 42 casos en los cuales se manifestó el dolor en la sintomatología y los repartimos en tres grupos, según lo que las intervenciones quirúrgicas, o la autopsia, pudieron mostrar, respecto a la presencia de adherencias entre el quiste y la pleura, comprobamos que ellas se reparten así: hidátides dolorosas que se comprobaron adheridas a la pleura, 29 casos; hidátides dolorosas en las cuales no se encontraron adherencias pleurales, 5 casos; hidátides dolorosas en las cuales no se pudo comprobar el estado pleural, 8 casos.

Si comparativamente estudiamos también los 36 casos en los que el dolor no aparece anotado en la sintomatología e igualmente a ellos los repartimos, según esa forma, vemos que se distribuyen así: hidátides indoloras, en las que se encontraron adherencias

pleurales, 17 casos; hidátides indoloras, en las cuales no se comprobaron adherencias pleurales, 8; hidátides indoloras, en las que no se pudo comprobar su relación con la pleura, 11 casos. Si de estos cómputos únicamente tenemos en cuenta aquellos casos en los cuales existen comprobadas ambas constancias, esto es, dolor y adherencias, vemos que de 34 observaciones de hidátides dolorosas, 29 presentaron hidátides adheridas y sólo 5, en cambio, no se presentaron adheridas, lo que nos da casi 90% de hidátides adheridas a la pleura, entre aquellas que en la sintomatología se acusaron por dolor. Si siguiendo el mismo fin, consideramos sólo aquellos casos en los cuales, junto a la indolencia, se comprobó o no la presencia de adherencias con la pleura, podemos ver que de 25 observaciones, 17 casos, las hidátides estaban adheridas, y que en 8 casos, las adherencias no se encontraron, lo que nos da sólo un 70% de hidátides adheridas a la pleura, entre aquellas que en la sintomatología no se manifestaron por dolor. De todo esto, entonces, podría decirse que las hidátides pulmonares, que en su evolución han acusado dolores, están más a menudo adheridas a la pleura que aquellas otras que no presentaron ese síntoma.

Si en lo que respecta a los accidentes febriles en la evolución de la hidatidosis pulmonar, en sus relaciones con las reacciones pleurales y traducidas por la existencia de adherencias entre el quiste y la serosa parietal, estudiamos nuestras observaciones, también encontraremos, muy a menudo, la concomitancia de

ambos procesos. Sobre el total de 78 observaciones de equinococosis hidatídica pulmonar (excluídas las observaciones de hidatidosis hépato-pulmonar), hallamos, consultando los antecedentes suministrados, que en 46 casos han habido episodios febriles, mientras que en 32, la fiebre no ha sido declarada entre los síntomas relacionados con la enfermedad. Ahora bien, si a estas observaciones de hidátides febriles y apiréticas, las repartimos según la manera como se comportaron, con respecto a la pleura, encontramos que ellas pueden dividirse así:

Hidátides febriles	adheridas a la pleura, 32 casos; no adheridas a la pleura, 7 casos; que no se pudo determinar esa circunstancia, 7 casos.
Hidátides no febriles	adheridas a la pleura, 18 casos; no adheridas a la pleura, 8 casos; que no se pudo determinar esa circunstancia, 6 casos.

Como puede verse, según esta repartición, si sólo consideramos los casos en los cuales se determinó su condición pleural, sobre 39 casos de hidátides que habían originado fiebre, en 32 de ellos se encontraron adherencias, lo que arroja ya un 82% de reacciones pleurales francas en casos donde la evolución de la

hidatidosis, originó procesos febriles. Igualmente podemos, también, comprobar que de 26 casos de hidátides no febriles, 18 de ellos presentaron adherencias pleurales, y los 8 restantes, no se hallaron adheridos a la pleura, lo que nos da sólo un 69% de reacciones pleurales traducidas por las adherencias de sus hojas en aquellos casos en que el curso de la enfermedad no se caracterizó por la fiebre. De las cifras arrojadas por estas anotaciones, podríamos, también, sacar en conclusión, que las hidátides que en su evolución han dado lugar a procesos febriles, están más a menudo adheridas a la pleura que aquellas otras que, durante su desarrollo en el pulmón, no presentaron ese síntoma.

De lo expuesto — enseñanzas suministradas por la observación de los niños enfermos afectados por la equinococosis hidatídica pulmonar — fluye que el síntoma dolor, tanto como el síntoma fiebre, coinciden en gran número de casos con la demostración anátomopatológica de una complicación pleural que se traduce —casi siempre operatoriamente, y alguna vez por la autopsia — por la presencia de adherencias entre las hojas de la serosa. Muy habitualmente, también, nos encontramos con observaciones en las que el dolor, la fiebre y las adherencias, se presentan conjuntamente, constituyendo un trío que, lógicamente, nos lleva a la convicción de que la nota dolorosa en la hidatidosis pulmonar, es la consecuencia de reacciones pleurales o pleuresías determinadas durante el crecimiento o evolución del parásito.

Siendo el dolor casi siempre la manifestación de una reacción pleural, lo natural es que sean las hidátides periféricas las que más originen ese síntoma; sin embargo, dentro aún de esta deducción bien lógica, hay lugar a ciertos reparos.

Aun exceptuando aquellos casos en los cuales las hidátides centrales pudieran despertar notas dolorosas, no ya por reacción pleural, sino por procesos irritantes o inflamatorios del pericardio, también pueden existir vesículas que no obstante estar alejadas de la periferia, llegan, sin embargo, a hacer reaccionar la pleura y a determinar, por lo tanto, el síntoma doloroso. A este respecto, mencionaríamos dos observaciones nuestras (observaciones N.° 34 y N.° 67), en las cuales hidátides pequeñas y con ubicación más o menos central, como se comprobó operatoriamente, habían, sin embargo, determinado adherencias pleurales, comprobándose que entre el quiste y la serosa adherida existía una capa pulmonar de varios centímetros y con una consistencia dura y anormal; en una de ellas (observación N.° 67), el dolor había sido un síntoma marcado e insistente.

Por otra parte, si bien es verdad que las hidátides grandes y periféricas muy comunmente se encuentran adheridas a la pared, demostrando con esto que en algún momento hubo ahí una reacción pleural, se ven, de tanto en tanto, algunos casos en los que esas adherencias no existen, a pesar de la inmediata localización periférica de la hidátide en el órgano; si la reacción pleural, traducida por la existencia de adherencias, pudiera servir de pauta para medir el dolor,

bien se podría, en estos casos, admitir que en la evolución de esas hidatidosis no se pudo haber producido dolor. Pero, apresurémonos a declarar que si es cierto que alguna vez así ocurre, en otros no se produce tal circunstancia, por cuanto la reacción pleural que pudo provocar dolor y aún adherencias, en rigor existe, aunque no sea reconocible en el acto operatorio. Fuera aún de aquellos casos donde la reacción no trajera la formación de adherencias, habría que añadir aquellos otros — como hemos podido alguna vez observarlos en medio de la intervención quirúrgica — en los que, si bien no existen adherencias en el sitio elegido para la operación, existen, en cambio, en sus proximidades. Esta última circunstancia es un motivo para pensar que el número de hidátides adheridas es mucho mayor de lo que demuestran las intervenciones quirúrgicas, y para suponer, también, como consecuencia, que las hidátides febriles y dolorosas, reputadas como no adheridas, son más raras de lo que se puede deducir por esas mismas intervenciones operatorias.

Si hubiéramos de resumir, entonces, todo lo que la observación nos enseña, con respecto a las modalidades y a la naturaleza del dolor en la equinococosis hidatídica pulmonar, podríamos establecer, que en la generalidad de los casos este síntoma se presenta en algún pasaje o momento de la evolución de la enfermedad y que él es episódico o periódico, estando casi siempre su producción bajo la dependencia de una reacción pleural, cuya más común secuela — las adherencias — se advierte en buen número de los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas.

Fuera de este dolor, que venimos describiendo y relacionado casi siempre con la inflamación pleural, no hemos observado otra clase de manifestaciones dolorosas en la equinococosis hidatídica pulmonar. El dolor a la presión en el sitio de la pared correspondiente a la localización de la hidátide en el pulmón, no se observa en los niños enfermos de esta afección, ni aun siquiera en aquellos casos donde grandes hidátides supuradas se adhieren ampliamente a la pared costal; la mejor prueba de ello está en el hecho de que estos enfermos se dejan siempre percutir, sin manifestar molestias ni oponer inconvenientes.

Antes de emprender el estudio de otros síntomas de la equinococosis hidatídica pulmonar, y ya que incidentalmente hemos tenido que referirnos a él al estudiar el dolor, deseamos emitir algunas consideraciones sobre la fiebre que con frecuencia figura en la sintomatología despertada por la enfermedad.

Como lo vimos ya estudiando el dolor, la fiebre, en la evolución de la hidatidosis pulmonar, aparece también muchas veces en forma de episodio, registrándose muy a menudo entre los antecedentes relacionados con la enfermedad.

Por otra parte, la observación muestra también que ciertas equinococosis van habitualmente acompañadas de elevaciones térmicas desde el momento en que la infección de la hidátide o del quiste casi necesariamente origina esa forma febril. De esto también, que debemos establecer diferencias y distinguir en

cada caso la verdadera naturaleza de ese proceso que engendra las ascensiones de la temperatura. Con objeto de imponer orden en estas consideraciones, estudiaremos en primer lugar la fiebre que se presenta en el curso de las hidátides limpias, y luego la fiebre correspondiente al estado infeccioso creado por las hidátides supuradas.

Es sobre un total de 78 observaciones que anotamos ya, según los antecedentes relacionados con la enfermedad, que en 45 casos se registraban episodios febriles mientras que en 33 de ellos no se hacía referencia a este síntoma. Es muy posible, naturalmente, que el número de estos últimos sea menor de lo que expresa el recuento, pues es de presumir que algunos de esos episodios febriles, cuando no muy intensos, han podido pasar inadvertidos. Por otra parte, haremos notar que, entre ellos, figuran 7 casos, en los que no se pudieron obtener datos anamnésicos relacionados la enfermedad.

No obstante los reparos a las cifras establecidas por el recuento, llama siempre la atención el número de observaciones de hidatidosis pulmonar en los que en cierto momento o período de su evolución han presentado elevaciones apreciables de la temperatura; por los números recogidos vemos que ellos figuran en una proporción de 57 % aproximadamente. En esta cifra de proporción van incluídos, sin embargo, distintos estados de hidátides febriles que es necesario distinguir y clasificar, a fin de tener la verdadera noción de lo que las elevaciones de temperatura representan en la

evolución y complicación de la hidatidosis equinocócica pulmonar. En efecto, en esa cifra de conjunto se comprenden tanto a las hidátides limpias e intactas que en algún momento determinaron episodios febriles, cuanto a las hidátides supuradas y abiertas por vómicas. Es menester estudiar por separado la fiebre de las primeras y la fiebre de las segundas, por cuanto se trata de procesos bien distintos.

Si analizamos las 45 observaciones en las cuales se certifica la fiebre en relación con la enfermedad y las clasificamos según el estado séptico o aséptico — macroscópicamente considerado — de la hidátide, vemos que ellas podrían ser distribuídas así:

Hidátides limpias que originaron elevaciones térmicas	23
Hidátides supuradas que originaron elevaciones térmicas	17
Hidátides de estado impreciso que originaron elevaciones térmicas	5

Según esta distribución se ve que es sensiblemente elevado el número de observaciones en las que la afección ha dado lugar a elevaciones de temperatura, no obstante el estado aséptico de la vesícula hidatídica, hecho este último comprobado por la intervención quirúrgica.

¿Cuál es la forma de esas elevaciones de temperatura que se registran como episodio en la equinococosis pulmonar? Do atenernos a lo que la anamnesia nos enseña a ese respecto en las observaciones, no es

posible admitir o determinar en esos casos la existencia de verdaderas pirexias con grado, tipo y curva características. En lo que se relaciona al grado o intensidad de la fiebre alcanzada, vemos que hay variaciones de importancia, desde el momento que si en algunos casos la elevación de temperatura fué escasa (observaciones números 38, 46, 51), de 38º (observación Nº 9), en otros, en cambio, la elevación térmica fué alta (observaciones números 4 y 66), de 39º (observación Nº 45). En lo que respecta al tipo y curva de esas fiebres, si bien no poseemos los cuadros térmicos que serían por cierto, de una gran importancia, se declara en la anamnesia, muchas veces, que esa fiebre es continua (observación Nº 4) que dura varios días, hasta veinte días (observación Nº 10). Vemos también, según las observaciones, que si bien en la gran mayoría de estos casos los accidentes o episodios febriles pasan, volviendo todo a su quicio, en otros, en cambio, la temperatura anómala puede persistir largo tiempo hasta tanto el enfermo llega a la observación médica y es sometido a la intervención quirúrgica, pudiendo su estado febril o subfebril hacer sospechar una infección de la hidátide que la operación, sin embargo, no confirma (observaciones 17, 61 y 65).

En oposición, diríamos, a estas elevaciones térmicas originadas en el curso o evolución de las hidatidosis pulmonares limpias o asépticas, preséntase también en la afección aquellas pirexias cuya naturaleza infecciosa está dada por la supuración de la hidátide y del quiste. Estas manifestaciones febriles, por

hidátides supuradas, se observan también con frecuencia; así vemos que ellas alcanzan a 17 casos, entre las 45 observaciones de hidatidosis pulmonar, con elevaciones térmicas, que figuran en nuestra estadística.

Las pirexias engendradas por la supuración de las hidátides pulmonares, si bien no tienen tampoco un tipo de curva característica, tienen, sin embargo, sus modalidades, a veces, como consecuencia de la evolución o estado anátomo-patológico seguido o adquirido por la hidatidosis pulmonar. Si bien en algunos casos sólo se trata de estados subfebriles o fiebres ligeras, continuas o remitentes, denotando la supuración de la hidátide y presagiando su vómica espontánea, en otros, en cambio, las elevaciones de temperatura, como consecuencia del estado de cosas creado, se ajusta a las contingencias de un proceso purulento que, comunicado más o menos insuficientemente con el exterior, se vuelve o se retiene en una serie interminable de accidentes. De esto, también, que el estudio de las curvas térmicas, en muchas hidatidosis pulmonares abiertas espontáneamente en los bronquios, si bien cortas y poco intensas en las correspondientes a pequeñas hidátides centrales, con gran tendencia a la curación espontánea y rápida, se convierten, a la inversa, en largas y variadas curvas de temperatura, prolongadas y pertinaces, en aquellos otros casos donde en la cavidad dejada por una hidátide grande y periférica se instala una colección purulenta llena de alternativas en su vaciamiento y producción, y dando lugar a un proceso crónico — pio-neumo quiste hidatídico — con muchas

variantes en lo que se refiere a las oscilaciones térmicas. En estos casos se ven con frecuencia no ya curvas térmicas de fiebre continua, sino, más bien, tipos remitentes o aun intermitentes, los cuales marcan la evacuación o retención del pus; a veces, también, las exacerbaciones febriles y el estado apirético, durante ambos días, se suceden y alternan, dando lugar a fiebres de tipo recurrente. A veces, también, la prolongación del estado febril, con remitencias unos días y con intermitencias a grandes oscilaciones en otros, ocasiona una verdadera fiebre héctica.

La disnea no es un síntoma que se observa con frecuencia en la hidatidosis pulmonar; si bien, figura en el cuadro sintomático de algunas observaciones, ella es excepcional, y no siempre es causada por la presencia misma de la hidátide, sino, más bien, por las complicaciones pleuro-pulmonares que la equinococosis origina.

En algunas observaciones es realmente sorprendente ver cómo enormes hidátides desenvueltas en el pulmón del niño — y que necesariamente han reducido en mucho el campo respiratorio — no producen la más mínima disnea, como si el crecimiento lento de la vesícula hubiera permitido toda la adaptación y compensación pulmonar suficiente, como para que la ocupación parasitaria no tradujese un déficit en la hematosis, y por esto es que, cuando la disnea se presenta en la hidatidosis pulmonar del niño, cuesta admitir, en su explicación, únicamente causas de origen mecánico.

La disnea, no obstante su rareza, se hace alguna vez presente independientemente de todo episodio agudo: si esto ocurre, es casi siempre el indicio de hidátides muy grandes y desarrolladas en ambos pulmones; en algunos casos de hidatidosis bilateral, hemos podido presenciar disneas angustiosas, con cianosis marcada, sobre todo, en el esfuerzo, y que, en algún caso, llegaba a la ortopnea.

La expectoración figura con bastante frecuencia en el cuadro sintomático de la equinococosis pulmonar en la infancia. Si bien en algunos casos — y aun tratándose de hidátides grandes — la tos producida puede ser seca, lo común es que este síntoma funcional se acompañe de la expulsión de productos, cuya naturaleza varía dentro de límites muy amplios.

La calidad de la expectoración en la hidatidosis pulmonar, no solamente está subordinada al estado del árbol brónquico y del parénquima pulmonar, sinó que también lo está a las condiciones en que se encuentra el parásito mismo: los elementos de la expectoración, tanto los del órgano, como los de la vesícula, combinándose o sucediéndose, presentan, por lo tanto, un aspecto distinto, según el estado o período en que se encuentra la afección. Ya en lo que se refiere a la cantidad, es fácil colegir que la expectoración, debe variar, según las circunstancias, desde el momento que en ella puede hacerse presente sólo la secreción bronquial, como también sustancias líquidas pertenecientes a la hidátide misma. En lo que atañe a su calidad —

expresada por su aspecto macroscópico — ella varía también, considerablemente, en consistencia y color, desde que en esa expectoración entran elementos de fluidez y color muy distintos. Todos los grados intermediarios que caben entre el esputo mucoso o líquido, y el purulento y hemoptoico, entre la estría de sangre y la hemóptisis copiosa, son posibles de observar en la equinococosis del pulmón.

La presencia y continuo crecimiento de la hidátide en el pulmón, concluye, en general, por originar, en su grado mínimo, una irritación mecánica o congestiva de la mucosa bronquial, la que se traduce ya, por la expectoración de esputos mucosos. La expectoración mucosa, a su vez, como consecuencia de la infección, puede tornarse, bien pronto, en expectoración muco-purulenta, como, también, en muco-sanguinolenta — mucosa-hemoptoica o mucosa con estrías de sangre — cuando en su constitución contribuyen, ya las pequeñas hemorragias de la quística, o los focos congestivos perihidatídicos. A todo esto agreguemos aún las modalidades de color y fluidez que a esa misma sustancia expectorada puede imponerle el propio líquido hidatídico, cuando la vesícula abierta se va vaciando gradualmente, es decir, por expectoración y no por vómica.

La nota sintomática de más importancia en la expectoración de la hidatidosis pulmonar en la infancia, la constituye la expectoración sanguinolenta, y con más razón aún la hemóptisis.

La presencia de sangre en la expectoración de los

niños portadores de hidátides en el pulmón, en lo que se refiere a cantidad, varía considerablemente, y va desde el fino hilo de sangre que marca o cruza a un esputo, hasta la más copiosa hemorragia (1). Es bajo la forma de una expectoración sanguinolenta o de una hemóptisis propiamente dicha — pequeña o grande — que la sangre se hace presente en el producto expectorado. En el primer caso la sangre roja se acusa por hilos que cruzan a un esputo mucoso, o bien por verdaderos esputos hemoptóicos, habiendo entre ambos tipos todos los grados intermediarios. En el segundo, la sangre pura y rutilante, se hace presente en cantidad bien apreciable. En ambos casos, la sangre aparece durante los accesos de tos.

La hemóptisis, en cualquiera de sus formas, constituye un síntoma que con relativa frecuencia se encuentra entre los signos iniciales de la enfermedad: es en el interrogatorio del enfermo, y escudriñando su pasado, próximo o lejano, que muchas veces se encuentra el episodio sanguíneo, nota roja de la enfermedad. Demás está decir que estas hemóptisis iniciales se producen en el comienzo de la enfermedad clínica, esto es, cuando la hidátide ya ha adquirido un tamaño apreciable. La manera de producirse la expectoración sanguinolenta o la hemóptisis, es bastante variable; en algunos casos ella constituye un mero accidente duran-

(1) En nuestra tesis de doctorado (página 224), al tratar de las hidátides del pulmón, decíamos, en 1908: "Las hemóptisis, cuando se observan en los niños con hidátides del pulmón, son, generalmente, de poca importancia o intensidad, no produciéndose nunca en una forma alarmante". Nuestra mayor observación, en la fecha, nos obliga a rectificarnos.

te uno o dos días, no volviéndose a repetir más; en otros casos ella se sostiene durante un tiempo más largo, mayor aún de un año.

En lo que se refiere a las relaciones entre la expectoración de sangre y el estado de la hidátide que las origina, la observación nos ha mostrado que las hemóptisis pueden producirse tanto en los casos de hidátides limpias e intactas, como en las supuradas o abiertas. En varias de nuestras observaciones la hemóptisis ha ocurrido — hemóptisis de desalojo — en el momento o inmediatamente después de producirse la vómica hidatídica, con o sin expulsión de membranas.

Es coincidiendo con la vómica hidatídica, en la que se expulsa el líquido y las membranas, o inmediatamente a ellas, que hemos visto originarse, en una de nuestras observaciones, la hemóptisis mortal. Repentinamente y tras de un pequeño acceso de tos, se produce la expulsión de la hidátide, y tras de esto, sobreviene una abundante hemorragia, en medio de un cuadro general muy grave; la tos, no obstante los esfuerzos que para contenerla hace la enferma atemorizada, recrudece nuevamente; la disnea, la cianosis, el ansia respiratoria, embargan a la paciente, mientras que la sangre es expulsada a bocanadas. A todo esto, el pulso se hace casi incontenible, disminuyendo considerablemente en tensión; una pequeña tregua que, aparentemente mejora la situación, es luego seguida por otra gran hemóptisis, que termina con la vida de la enferma.

Es también como un síntoma — aunque de importancia muy relativa — que debe figurar la eosinofilia en la equinococosis pulmonar.

Fué con respecto a este síntoma y en sus relaciones con la hidatidosis general en la infancia, que ya, en el año 1908, decíamos, en nuestra tesis de doctorado: "El valor de la eosinofilia como medio de diagnóstico en el estudio de los quistes hidatídicos es, indudablemente, muy grande; basta recordar que la equinococosis es una enfermedad latente en su principio, y que se desarrolla casi sin sintomatología alguna; basta recordar, también, como pronto lo veremos, que la hidatidosis puede ser confundida con otras afecciones, porque al fin y al cabo, la hidátide no es sino un tumor líquido y como tal confundible con otros análogos, para poder darnos cuenta del valor de la eosinofilia. Con sólo una gota de sangre podemos iluminarnos más que con todos los otros síntomas o medios de diagnósticos reunidos".

"Sin embargo, no por esto queremos dar a la eosinofilia en el diagnóstico de los quistes hidatídicos un valor absoluto, pues resultaría exagerado. Bien sabemos que no es, por cierto, la eosinofilia, patognomónica de los quistes hidatídicos, y más aún, pueden, también, verse hidátides que no despiertan esta reacción acidófila de la sangre. Pero, no obstante esto, no se puede negar que la eosinofilia acompaña casi constantemente a la equinococosis, y que en muchos casos, donde los demás medios de diagnóstico no bastan para decidirse, la constatación de numerosos eosinófilos en la sangre, tiene por sí sola una gran importancia".

"No son todos los que dan, ni dan todos los que son", podríamos decir respecto de los quistes hidatí-

dicos con la eosinofilia; pero, con todo, y por lo que la observación nos ha enseñado, consideramos a la eosinofilia un poderoso auxiliar en el diagnóstico de los quistes hidatídicos.

"El equinococo no es el único parásito que hace reaccionar a la sangre, imponiéndole modalidades".

"La eosinofilia misma puede, también, ser la obra de otros parásitos que nada tienen que ver con el equinococus. Los pequeños vermes intestinales, ascárides y oxiuros, determinan, muchas veces, un aumento en los leucocitos eosinófilos. El mismo anquilostoma, fuera de la anemia, puede, también, producir eosinofilia. Las tenias, la triquina, la bilarzia, la producen igualmente".

"Estas consideraciones son muy dignas de tenerse en cuenta para poder aplicarlas en momento oportuno, y para que, una vez comprobada la eosinofilia en portadores de quistes hidatídicos o en otros tenidos por tales, se averigüe también si en la referida eosinofilia, fuera de la equinococosis, no hay otro parásito que pueda también contribuír a producirla. Nosotros, estudiando únicamente niños, nos hemos encontrado, a veces, en este caso, pues es sabida la frecuencia de la verminosis infantil. Enfermos hemos tenido, cuya eosinofilia no hemos sabido a qué atribuírla: si al quiste desarrollado o a los oxiuros y ascárides alojados en el intestino".

"A estar por lo que nosotros hemos observado y por lo sostenido, también, por muchos autores, creemos que el equinococus es uno de los parásitos que

más despiertan en la sangre el aumento de los leucocitos eosinófilos".

"La eosinofilia en la sangre, en los quistes hidatídicos del niño, puede presentarse con más o menos intensidad. Apenas apreciable en algunos casos, 8% o 3%, alcanza, en cambio, en otros porcentajes elevados, hasta 57% en una de nuestras observaciones".

"Son, indudablemente, los quistes hidatídicos del hígado, quienes la dan con más frecuencia y con mayor intensidad".

"En algunos niños hemos podido hacer un estudio comparativo entre la oesinofilia antes y después de la operación. Si bien, en algunos de ellos hemos encontrado que la extirpación del tumor ha traído como consecuencia una disminución o desaparición de los eosinófilos en la sangre, en otros, en cambio, no se ha notado modificación apreciable. Es cierto que los exámenes efectuados con posterioridad a la operación han sido hechos dentro de un plazo más o menos corto, y bien pudiera suceder que la baja de los eosinófilos se produzca un tiempo después".

"Es sabido que las hidátides supuradas pierden su eosinofilia; no obstante ser así, en algunos análisis efectuados, la hemos encontrado igualmente, aun tratándose de quistes invadidos por la supuración".

Cuando escribíamos lo que precede — en el año 1908—mencionábamos, también, que en un total de 114 análisis hematológicos efectuados con sangre proveniente de niños portadores de quistes hidatídicos con localizaciones diversas, habíamos encontrado 77 casos,

en los cuales la eosinofilia manifiesta — 3% o más — se revelaba en la fórmula leucocitaria.

Si en lo que se refiere a la eosinofilia, nos particularizamos con la equinococosis pulmonar, tendremos que manifestar, por lo que nos muestran los análisis, que este síntoma pierde importancia en los casos de hidátides desenvueltas en el pulmón.

Creemos de interés transcribir aquí los resultados de algunos exámenes de sangre obtenidos en niños portadores de una hidatidosis pulmonar o hépato-pulmonar.

Análisis de sangre. Hidatidosis pulmonar.

Análisis de sangre Nº 1:

Quiste hidatídico del pulmón. Hemoglobina, 55%. Glóbulos rojos, 4.800.000. Glóbulos blancos, 17.500. Fórmula leucocitaria: Polinicleares, 70%. Mononucleares, 12%. Linfocitos, 25%. Eosinófilos, 1%.

Análisis de sangre Nº 2:

Quiste hidatídico del pulmón. Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 5.320.000. Glóbulos blancos, 16.000. Fórmula leucocitaria: Plinucleares, 46%. Mononucleares, 12%. Linfocitos, 40.5. Eosinófilso, 2%.

Análisis de sangre Nº 3:

Quiste hidatídico del pulmón: Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 4.100.000. Glóbulos blancos, 15.000. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 70.50%. Mononucleares, 7%. Linfocitos, 20.50%. Eosinófilos, 2%.

Análisis de sangre Nº 4:

Quiste hidatídico del pulmón: Hemoglobina, 65%. Glóbulos rojos, 5.300.000. Glóbulos blancos, 11.700. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 72%. Mononucleares, 10%. Linfocitos, 24%. Eosinófilos, 4%.

Análisis de sangre Nº 5:

Quiste hidatídico del pulmón: Hemoglobina, 65%. Glóbulos rojos, 4.750.000. Glóbulos blancos, 14.500. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 80%. Mononucleares, 9%. Linfocitos, 10%. Eosinófilos, 1%.

Análisis de sangre Nº 6:

Quis hidatídico del pulmón abierto en un bronquio: Hemoglobina, 60%. Glóbulos rojos, 4.250.000. Glóbulos blancos, 17.500. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 55%. Mononucleares, 12%. Linfocitos, 26%. Eosinófilos, 7%.

Análisis de sangre Nº 7:

Quiste hidatídico del pulmón: Hemoglobina, 80%. Glóbulos rojos, 5.100.001. Glóbulos blancos, 10.000. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 70%. Mononucleares, 5%. Linfocitos, 24%. Eosinófilos, 1%.

Análisis de sangre Nº 8:

Quiste hidatídico del pulmón: Hemoglobina, 65%. Glóbulos rojos, 5.080.000. Glóbulos blancos, 10.500. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 82% Mononucleares, 16%. Linfocitos, 2%. Eosinófilos, 0%.

Análisis de sangre Nº 8:

Quiste hidatídico del pulmón: Hemoglobina, 65%. Glóbulos rojos, 5.080.000. Glóbulos blancos, 10.500. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 82%. Mononucleares, 16%. Linfocitos, 2%. Eosinófilos, 0%.

Análisis de sangre Nº 9:

Quiste hidatídico del pulmón: Hemoglobina, 15%. Glóbulos rojos, 1.340.000. Glóbulos blancos, 21.000. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 91%. Mononucleares, 5%. Linfocitos, 4%. Eosinófilos, 0%.

Análisis de sangre Nº 10:

Quiste hidatídico del pulmón Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 3.600.000. Glóbulos blancos, 9.500. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 75%. Mononucleares, 5%. Linfocitos, 19%. Eosinófilos, 1%.

Análisis de sangre Nº 11:

Quiste hidatídico del pulmón: Hemoglobina, 57%. Glóbulos rojos, 4.520.000. Glóbulos blancos, 8.500. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 66%. Mononucleares, 7%. Linfocitos, 26%. Eosinófilos, 1%.

Análisis de sangre Nº 12:

Quiste hidatídico del pulmón Nº 12:

Quiste hidatídico del pulmón izquierdo: Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 3.600.000. Glóbulos blancos, 9.500. Fórmula leucocitaria: Relación globular 1 × 379. Retículo regular. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 75%. Mononucleares, 5%. Linfocitos, 19%. Eosinófilos, 1%.

Análisis de sangre Nº 13:

Quiste hidatídico abierto del pulmón derecho: Glóbulos rojos,

3.800.000. Glóbulos blancos, 11.000. En la fórmula leucocitaria de los exámenes sucesivos, la cosinofilia apareció, sucesivamente, en la proporción de 9% y de 17%.

Análisis de sangre: Nº 14:

Quiste hidatídico del pulmón izquierdo: Hemoglobina, 90%. Glóbulos rojos, 4.620.000. Glóbulos blancos, 17.000. Relación globular, 1 × 263. Retículo escaso. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 73%. Mononucleares, 15%. Linfocitos, 10%. Eosinófilos, 2%.

Análisis de sangre Nº 15:

Quistes hidatídicos de ambos pulmones: Hemoglobina, 60%. Glóbulos rojos, 4.660.000. Glóbulos blancos, 4.500. Relación globular, 1 × 1.035. Mononucleares, 10%. Linfocitos, 29%. Eosinófilos, 3%. Forma de transición, 3%.

Análisis de sangre Nº 16:

Quiste hidatídico limpio del pulmón derecho: Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 3.920.000. Glóbulos blancos, 6.500. Relación globular, 1 × 603. Retículos escaso. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 77%. Mononucleares, 3%. Linfocitos, 29%. Eosinófilos, 0%. Forma de transición, 1%.

Análisis de sangre Nº 17:

Quiste hidatídico supurado del pulmón derecho: Hemoglobina, 60%. Glóbulos rojos, 3.520.000. Glóbulos blancos, 7.000. Relación globular, 1 × 502. Retículo regular. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 74%. Mononucleares, 7%. Linfocitos, 18%. Eosinófilos, 0%. Forma de transición, 1%.

Análisis de sangre Nº 18:

Quiste hidatídico del pulmón derecho: Hemoglobina, 95%. Glóbulos rojos, 4.360.000. Glóbulos blancos, 8.000. Relación globular, 1 × 545. Retículos escaso. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 49%. Mononucleares, 4%. Linfocitos, 46%. Eosinófilos, 1%.

Análisis de sangre Nº 19:

Quiste hidatídico limpio del pulmón izquierdo: Hemoglobina, 65%. Glóbulos rojos, 5.000.000. Glóbulos blancos, 8.500. Relación globular, 1 x 588. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 80%. Mononucleares, 0%. Linfocitos, 20%.

Análisis de sangre Nº 20:

Quiste hidatídico supurado del pulmón derecho: Hemoglobina,

75%. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 79%. Mononucleares, 2%. Linfocitos, 15%. Eosinófilos, 8%. Forma de transición, 4%.

Análisis de sangre Nº 21:

Quiste hidatídico limpio del pulmón izquierdo: Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 4.960.000. Glóbulos blancos, 16.000. Fórmula leucocitaria. Polinucleares, 74%. Linfocitos, 26%.

Análisis de sangre Nº 22:

Quiste hidatídico del pulmón derecho: Hemoglobina, 52%. Glóbulos rojos, 3.680.000. Glóbulos blancos, 5.800. Relación globular, 1 x 637. Fórmula leucocitaria: Polinicleares, 76%. Linfocitos, 23%. Mononucleares, 1%. Eosinófilos, 0%.

Análisis de sangre Nº 23:

Quiste hidatídico del pulmón derecho: Hemoglobina, 93%. Glóbulos rojos, 4.920.000. Glóbulos blancos, 6.400. Relación globular, 1 x 768. Fórmula leucocitaria: Polinucleares, 37%. Linfocitos, 55%. Mononucleares, 2%. Eosinófilos, 3%. Forma de transición, 3%.

Análisis de sangre. Hidatidosis hépato-pulmonar:

Observación Nº 1: Quiste hidatídico supurado del pulmón y quiste hidatídico limpio del hígado: Glóbulos rojos, 5.200.000. Glóbulos blancos, 17.000.500. Hemoglobina, 56%. Polinucleares, 63%. Mononucleares, 5%. Linfocitos, 30%. Eosinófilos, 2%.

Observación Nº 2: Quiste hidatídico del hígado y del pulmón: Glóbulos rojos, 3.920.000. Glóbulos blancos, 23.000. Hemoglobina, 60%. Polinucleares, 59%. Mononucleares, 3%. Linfocitos, 27%. Eosinófilos, 11%.

Observación Nº 3: Quistes hidatídicos del hígado y del pulmón: Glóbulos rojos, 2.160.000. Glóbulos blancos, 8.500. Hemoglobina, 62%. Polinucleares, 45%. Mononucleares, 13%. Linfocitos, 42%. Eosinófilos, 0%.

Observación Nº 4: Quistes hidatídicos del hígado y pulmón: Glóbulos rojos, 3.340.000. Glóbulos blancos, 14.000. Hemoglobina, 50%. Polinucleares, 79%. Mononucleares, 8%. Linfocitos, 12%. Eosinófilos, 1%.

Observación Nº 5: Quistes hidatídicos del hígado y pulmón: Glóbulos rojos, 3.860.000. Glóbulos blancos, 15.500. Hemoglobina, 73%. Polinucleares, 73%. Mononucleares, 8%. Linfocitos, 18%. Eosinófilos, 1%.

Observación Nº 6: Quistes hidatídicos del hígado y pulmón: Glóbulos rojos, 4.680.000. Glóbulos blancos, 9.000. Hemoglobina, 72%. Polinucleares, 73%. Mononucleares, 7%. Linfocitos, 20%. Eosinófilos, 0%.

Observación Nº 7: Quistes hidatídicos del hígado y pulmón, Glóbulos rojos, 5.160.000. Glóbulos blancos, 7.000. Hemoglobina, 60%. Polinucleares, 62%. Mononucleares, 12%. Linfocitos, 24%. Eosinófilos, 4%.

Observación Nº 8: Quistes hidatídicos del hígado y del pulmón izquierdo: Glóbulos rojos, 3.860.000. Glóbulos blancos, 18.000. Polinucleares, 77%. Mononucleares, 5%. Linfocitos, 16%. Eosinófilos, 2%. Hemoglobina, 60%.

Observación Nº 9: Quistes hidatídicos del hígado y del pulmón izquierdo: Hemoglobina, 50%. Glóbulos rojos, 3.340.000. Glóbulos blancos, 14%. Polinucleares, 79%. Mononucleares, 8%. Linfocitos, 12%. Eosinófilos, 1%.

Observación Nº 10: Quistes hidatídicos de ambos pulmones y del hígado: Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 3.860.000. Glóbulos blancos, 15.500. Polinucleares, 61%. Mononucleares, 3%. Linfocitos, 33%. Eosinófilos, 2%.

Observación Nº 12: Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado: Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 4.200.000. Glóbulos blancos, 7.500. Polinucleares, 52%. Mononucleares, 1%. Linfocitos, 47%. Eosinófilos, 0%.

Observación Nº 13: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del bazo: Hemoglobina, 75%. Glóbulos rojos, 4.560.000. Glóbulos blancos, 8.500. Polinucleares, 73%. Mononucleares, 0%. Linfocitos, 26%. Eosinófilos, 1%.

Observación Nº 14: Quistes hidatídicos del hígado y del pulmón: Hemoglobina, 80%. Glóbulos rojos, 4.140.000. Glóbulos blancos, 5.200. Polinucleares, 78%. Mononucleares, 4%. Linfocitos, 17%. Forma de transición, %. Eosinófilos, 0%.

Observación Nº 15: Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado: Hemoglobina, 75%. Glóbulos rojos, 4.480.000. Glóbulos blancos, 10.200. Polinucleares, 64%. Mononucleares, 3%. Linfocitos, 33%. Eosinófilos, 0%.

Observación Nº 16: Quistes hidatídicos del hígado y del pulmón

derecho: Hemoglobina, 90%. Glóbulos rojos, 4.840.000. Glóbulos blancos, 12.800. Polinucleares, 74%. Mononucleares, 3%. Linfocitos, 21%. Eosinófilos, 1%. Forma de transición, 1%.

Observación Nº 17: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del hígado: Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 3.340.000. Glóbulos blancos, 9.400. Polinucleares, 64%. Mononucleares, 2%. Linfocitos, 33%. Eosinófilos, 1%.

Como puede verse en los exámenes que preceden — 23 exámenes de sangre en niños portadores de hidátides del pulmón y 17 exámenes de sangre en niños portadores de hidátides de pulmón e hígado — la eosinofilia no constituye una característica constante en la fórmula leucocitaria. En efecto; de los 23 exámenes efectuados con sangre de portadores de hidátides del pulmón, sólo en 8 de ellos la eosinofilia se acusa por 2% o mayor proporción; de los 17 exámenes efectuados con sangre proveniente de niños con hidátides en el pulmón y en el hígado, sólo en 5 de ellos la eosinofilia aparece en una proporción de 2% o más. La mayor proporción de eosinófilos alcanzada en una de las observaciones, es de 17%.

Si comparamos estos resultados hematológicos de la equinococosis pulmonar — en lo que a la eosinofolia se refiere — con los resultados de los análisis hematológicos efectuados en niños portadores de hidátides en otros órganos, podemos ver que la eosinofilia en la equinococosis pulmonar, en particular, es menos frecuente y menos intensa que la eosinofilia en la equinococosis de los órganos en general. Para esta comparación nos bastará recordar los resultados obtenidos en 114 análisis hermatológicos efectuados en niños porta-

dores de hidátides, con localizaciones diversas y que fueron ya publicadas en nuestra tesis de doctorado: en esos 114 exámenes encontramos 77, donde la eosinofilia (3% o más), se presentaba en el nivel leucocitario, lo que nos daba a su favor un 67%, como presentación, en la hidatidosis de los órganos en general. En cambio, la proporción en que se halla la eosinofilia en la equinococosis pulmonar (2% o más), es mucho menor, pues si apenas alcanza a un 35% en las hidátides del pulmón, y a un 30% en las hidatidosis hépato-pulmonar.

Llama la atención, ya que la hidatidosis hepática produce con más frecuencia eosinofilia que la hidatidosis pulmonar, que la proporción alcanzada en la hidatidosis hépato-pulmonar (30%), sea menor que la que se obtiene en la hidatidosis pulmonar (35%).

Fuera de la eosinofilia general sintomática, en la equinococosis pulmonar de la infancia, hemos podido comprobar también algunas veces la eosinofilia local anátomo-patológica. Es examinando algunas quísticas que hemos comprobado esta reacción acidófila que el parásito despierta en torno suyo. Igualmente, en nuestras experiencias de hidatidosis metastática del pulmón, por inoculación intravenosa de arenilla quística, pudimos también observar la eosinofilia local alrededor de las hidátides obtenidas, experimentalmente. (1).

Es con deliberada intención que hemos dejado para el fin de este capítulo, consagrado a la sintoma-

(1) Tesis de Doctorado. Año 1908. Experiencia N.° XXV. Pág. 322.

tología de la hidatidosis equinocóccica pulmonar, todo lo concerniente, en materia de síntomas, a esas dos importantes complicaciones de la afección, que hoy, muy estudiadas, constituyen ya dos procesos perfectamente caracterizados; nos referimos al neumotórax y al neumoquiste hidatídicos. Veamos estos procesos desde el punto de vista sintomático, ya que su etiología y patogenia la hemos considerado al tratar la anatomía patológica.

A la sintomatología general de la hidatidosis equinococócica pulmonar se suma en caso de la producción de un neumotórax, una serie de síntomas importantes que traducen o exteriorizan el grave percance. Es de observar, sin embargo, que muchas veces la hidatidosis existente no se ha revelado todavía como tal, ya sea porque los signos pleuro-pulmonares — dolor disnea y tos — no han sido aún bien interpretados o sencillamente también porque la hidátide ha evolucionado en el más completo silencio sintomático. Hasta la hemóptisis, tan frecuente y tan precoz en la equinococosis pulmonar falta muchas veces en el pasado del neumotórax hidatídico, acontecimiento lógico, sin embargo, desde el momento que la ruptura pleural es un accidente de los quistes periféricos córtico-pleurales y no de los quistes centrales para-brónquicos.

El neumotórax hidatídico tiene, como se comprende, casi siempre una sintomatología ruidosa y su iniciación es verdaderamente solemne. Un dolor vivo y desgarrante localizado en uno u otro lado del tórax, y sucediendo a menudo a un esfuerzo, abre la violenta

escena, que todavía, por la ansiedad, la agitación y aún la cianosis que indican una súbita sofocación, toma todo el aspecto de un cuadro grave, haciendo presumir ya un descalabro serio. A todo esto, y a pesar que no es constante, la tos se presenta fuerte y por accesos en algunos casos, mantenida o imposibilitada por el dolor en otros; se caracteriza como tos seca, sin expectoración y sobre todo sin expectoración purulenta, circunstancias estas últimas muy explicables desde que el neumotórax hidatídico es casi siempre ocasionado por la ruptura de quistes corticales con exiguas comunicaciones bronquiales y encerrando a hidátides sanas que en el momento de la ruptura pleural vuelcan todo su contenido en la serosa.

Si bien la norma en el neumotórax hidatídico es que la complicación tenga el principio estrepitoso descripto, existen algunas observaciones en que el proceso se lleva a cabo de una manera insidiosa o latente, llegando la complicación a su período de estado sin que ninguna escena ruidosa señale el síndrome inicial.

Como consecuencia más inmediata de la ruptura pleural de una hidátide pulmonar, en algunos casos, se presentan accidentes de verdadera intoxicación hidatídica, traduciéndose por un estado sincopal, por elevación de temperatura y rara vez por urticaria.

Una vez constituído el neumotórax y salido ya el enfermo del período inicial es posible, clínicamente, reconocer en el proceso toda aquella sintomatología física que caracteriza a cualquier neumotórax. Por la inspección del tórax se advierte ya que en uno de sus

lados hay abovedamiento e inmovilidad respiratoria de las costillas. Por la percusión se nota la sonoridad timpánica y skódica, así como también cierta macicez declive y móvil. A la auscultación la abolición del murmullo, el soplo anfórico, el retintín metálico y la sucusión hipocrática. La punción exploradora si se practica en estos casos inmediatamente, es posible que extraiga líquido claro hidatídico, mientras que, efectuada unos días después, demuestra líquido turbio, citrino, sanguinolento o aún purulento.

Como signos funcionales, aún en este período la disnea y la tos persisten, así como también la puntada de costado. A todo esto y como es natural, el adelgazamiento, la fiebre y un estado anémico pronunciado dan al enfermo un mal aspecto general.

El neumotórax hidatídico tiene una marcha o evolución variable, y desde este punto de vista se pueden admitir tres formas principales; la forma aguda o aún sobreaguda que rápidamente ocasiona la muerte a no mediar una urgente intervención; la forma lenta o prolongada, que bien puede durar meses y aún años, siendo posible todavía intercalar, entre estas dos formas extremas, una tercera, que sería la forma media y habitual. Como formas agudas o sobreagudas del neumotórax hidatídico se registran casos de verdaderos neumotórax sofocantes a sopapo que requirieron punciones y toracotomías de urgencia.

En la forma media y habitual del proceso que, abandonado a sí mismo, puede prolongarse durante muchos días o semanas, se pueden distinguir, aunque

esquemáticamente—según Dévé—dos fases en el neumotórax hidatídico. En la primera fase y que sería la aséptica, el derrame pleural se acusaría por líquido seroso mezclado a líquido hidatídico; la segunda fase sería la de la supuración que seguiría a la primera o que en algún caso podría instalarse desde un principio, siendo también digno de notarse que la primera fase aséptica podría en algunos casos prolongarse aún durante meses.

En la forma lenta, verdadero neumotórax ambulatorio, los accidentes iniciales que marcan la constitución del proceso es posible retrotraerlos a uno, dos o varios años antes.

Es de notar que en estas formas lentas de neumotórax hidatídicos, dado el mecanismo de la naturaleza del proceso, la equinococosis secundaria de la pleura —tomado el suficiente tiempo para su producción— puede venir todavía a complicar el proceso, atestiguando con su presencia que el accidente de la ruptura ha ocurrido meses o años atrás. Dignas de mención también en algunos neumotórax lentos son las vómicas secundarias que se producen en su curso, debiéndose distinguir en estos casos la *vómica purulenta simple* originada por una colección purulenta pleural abierta en un bronquio, de la *vómica hidatídica* traducida por restos de membranas, de la hidátide ocasional, siempre que ella no sea otra hidátide pulmonar supurada, ajena al proceso.

El neumotórax hidatídico, según nuestra observación, es un accidente que muy rara vez se presenta

en la equinococcosis pulmonar de la infancia. En ninguna de las observaciones que forman nuestra estadística vemos que se haya originado ese proceso. En uno solo de los casos estudiados pudimos observar los resultados de una ruptura, cuyas modalidades nos han hecho admitir la probabilidad de que el contenido vesicular primitivo por ruptura del quiste, se abrió no ya en la pleura, cuyas hojas estarían fuertemente adheridas entre sí y a la adventicia, sino en tejidos extrapleurales, produciendo entonces una siembra en plena pared torácica. Dada la frecuencia con que observamos, en nuestras operaciones, la sínfisis pleural, creemos que en lo que respecta a la equinococcosis hidatídica pulmonar en la infancia, al neumotórax hidatídico le falta una de las condiciones esenciales para su producción: la pleura libre.

Tan importante como el del neumotórax hidatídico o más aún desde el punto de vista práctico, es el estudio sintomático de ese proceso de observación relativamente frecuente y al cual Dévé muy acertadamente ha denominado pio-neumoquiste hidatídico.

Dentro de la sintomatología previa a la producción de un neumoquiste hidatídico caben seguramente todos aquellos síntomas que con frecuencia encontramos, estudiando los antecedentes de muchos portadores de hidátides pulmonares; en esto nos referimos al dolor, disnea, tos y fiebre que con frecuencia traducen verdaderos procesos periquísticos y pleurales, considerados, no suponiéndose aún la hidatidosis, como congestiones, neumonías o pleuresías. Con frecuencia

también entre estos síntomas figura la hemóptisis.

La iniciación del neumoquiste hidatídico—dado su mecanismo de producción, según el cual es menester la ruptura del parásito en un bronquio—puede ser expontánea o bien provocada por una punción.

Cuando la iniciación del neumoquiste se produce a raíz de una punción—sea ésta exploradora como evacuatriz—se produce casi siempre el mismo cuadro sintomático, cuyos razgos principales son casi los mismos en todas las observaciones.

No pasa seguramente mucho tiempo, en caso de una punción exploradora con aguja gruesa, o en caso de una punción evacuadora con trocart fino o mediano sin que la hidátide explorada o evacuada estrepitosamente muestre los inconvenientes de la maniobra, haciendo, muchas veces, arrepentirse al operador. Una tos violenta e incontenible abre la violenta escena a la cual le siguen de inmediato manifestaciones de asfixia, traducidas por disnea, angustia y cianosis. A todo esto y como manifestaciones de inundación bronquial o del edema pulmonar agudo, el enfermo arroja, no solamente por la boca, sino también por la nariz, un líquido claro, a veces con un ligero tono rosado, y en otros casos sangre pura también. Casi inmediatamente con este debut estrepitoso—angustioso para el enfermo y para el médico—sobreviene un verdadero estado de lipotimia o colapso, no faltando en ciertos casos náuseas, vómitos y a veces un dolor vivo en el lado puncionado. Toda esta sintomatología se debe no solamente a la inundación bronquial producida por el lí-

quido hidatídico y aún por trozos de membrana, sino que también ella es la consecuencia del edema pulmonar "ex-vacuo" concomitante, y así como también de la aguda intoxicación hidatídica producida. Así lo prueban algunas observaciones en las cuales, pocas horas después del accidente, aparece una erupción de urticaria.

Si en la primera calma que ofrece el enfermo se aplican los Rayos X o se recurre a la percusión o auscultación, se comprueba, respectivamente, la presencia de una cavidad intrapulmonar, o la existencia de signos anfóricos o hidro-aéreos. (Radiografía Nº 48).

Cuando la abertura del contenido quístico en los bronquios es expontánea, diversos tipos clínicos pueden presentarse en la iniciación del neumoquiste. Según la clasificación de Dévé, la dehiscencia quística que inicia el neumoquiste puede manifestarse de tres maneras distintas: 1.° con una iniciación solemne por vómica franca; 2.° con un principio larvado por vómica fraccionada, y 3.° con un principio encubierto o disimulado por un vómito o una hemóptisis.

La vómica franca que inicia la forma solemne puede a su vez presentarse de diversas maneras según que ella exteriorice el contenido límpido de un quiste universicular — *hidatoptisis expontánea* — el contenido de un quiste multivesicular, en cuyo caso la expectoración arroja hidátides hijas, (1) o el contenido de

(1) En nuestros niños enfermos, nunca hemos observado esta expulsión de hidátides hijas. Cuando entre los productos expectorados hemos comprobado pequeñas vesículas, el análisis químico nos ha demostrado la presencia de pro-

una hidátide supurada, en cuyo caso la vómica es purulenta y con mucha frecuencia fétida.

La vómica fraccionada con que se caracteriza el principio larvado o latente del pio-neumoquiste, quita toda solemnidad al debut del proceso, pues ella se hace despacio y en silencio, progresivamente, por verdadera expectoración muco-purulenta hidatídica.

En la vómica encubierta o disimulada, la producción de una hemóptisis importante llena de tal manera la escena que el líquido hidatídico pasa inadvertido. Igualmente desapercibido pasa este líquido cuando concomitantemente a su expulsión y por intoxicación hidatídica, el estómago también vuelca su contenido.

Una vez constituído el neumoquiste hidatídico, posible es encontrar en él toda aquella sintomatología que la clínica nos muestra en el pio-neumotórax. A la ampliación, saliencia e inmovilidad del tórax que muestra la inspección se agrega la abolición de las vibraciones vocales. La sonoridad, timpánica o skódica, el ruido de olla cascada o la macicez declive según sea la actitud del enfermo, son siempre reconocibles por la percusión. A todo esto, y como signos auscultativos, menester es agregar la abolición del murmullo vesicular, los soplos anfóricos y las resonancias metálicas. Otro tanto diremos de la sucusión hipocrática, percibida a veces por el propio enfermo.

La punción exploradora y la exploración radios-

---

ductos biliares, haciéndonos suponer el origen hepático de esas vesículas, lo que ulteriormente hemos confirmado por la intervención quirúrgica. Se trataba de hidátides hepáticas abiertas en bronquios.

cópica suministran también datos de importancia, las primeras demostrando que el proceso bien pronto se ha tornado en un pio-neumoquiste cuando la hidátide que se abrió era limpia, y la segunda suministrando una serie de detalles interesantes que nos llevaron a fundar un signo, el signo del camalote, cuya completa descripción va en el capítulo destinado al estudio de los Rayos X, y del diagnóstico de la hidatidosis equinocóccica pulmonar.

Durante el período de estado es que también el pio-neumoquiste se sigue acusando por vómicas purulentas, muchas veces fétidas y copiosas, y en las cuales con el tiempo no se encuentran ya elementos equinocóccicos. La tos siempre continúa, no así la disnea inicial.

Dada la naturaleza y la prolongación del proceso no es de extrañar que se agreguen una serie de fenómenos o síntomas generales, entre los cuales el decaimiento, el adelgazamiento, la anemia y la fiebre son los que más se acusan.

Tratándose de un proceso pulmonar largo, también en algunos casos el hipocratismo de los dedos se manifiesta.

Y es en medio de estas manifestaciones sintomáticas que el proceso evoluciona, haciendo constar, eso sí, que la fase séptica bien pronto sucede a la fase asépntica, si es que ésta, en un principio, existió como correspondiente a un hidro-neumoquiste, de duración por cierto muy fugaz. A la expectoración purulenta y fétida menester es agregar la existencia de verda-

deras vómicas intermitentes, entre cuyos productos se reconocen restos de membrana germinativa, no así vesículas hijas, entre nuestras observaciones. Cierta coloración oscura, achocolatada, de los esputos, y en algunos casos esputos netamente hemópticos o aún verdaderas hemóptisis pueden intercalarse en estos estados.

Tal es, más o menos y a grandes rasgos, la sintomatología del pio-neumoquiste, proceso largo y crónico muchas veces, por más que también existe su forma aguda y en la cual la muerte se produce a breve plazo si una intervención quirúrgica no detiene la septicidad pútrida del pio-neumoquiste.

Capítulo VI

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de las hidátides pulmonares, y sobre todo en los países donde la equinococosis azota, constituye hoy un problema clínico de fácil solución; a éste creemos también poder añadir que ese diagnóstico en la patología pulmonar del niño ofrece todavía menos dificultades que las que se pueden presentar en la del adulto.

En la infancia—entre nosotros—la equinococosis pulmonar es en efecto una enfermedad fácilmente y aún precozmente reconocible. La gran difusión que la hidatidosis ha alcanzado en el país, como consecuencia de una serie de factores que no es del caso exponerlos aquí, es un poderoso motivo para que siempre, quieras que no, en la mente del clínico figure la equinococosis en primera línea, como afección probable, entre los padecimientos crónicos pulmonares.

La difusión de una enfermedad, y vaya como ejemplo en este caso la endemia hidatídica, trae inevitablemente aparejada la prevención, así como también la educación médica con respecto a ella. La preven-

ción—verdadero estado de alerta del espíritu—facilita o simplifica los trámites en la decisión del diagnóstico; si bien se da el caso, cuando la prevención es excesiva, que se vea y diagnostique una hidatidosis que no existe, en cambio, muy raro es que se opere el fenómeno inverso y que escapen sin diagnóstico los verdaderos portadores de la afección. La educación médica—insensible aprendizaje colectivo producido a consecuencia de la práctica diaria—a la vez que fija los caracteres cardinales de la enfermedad, amplifica también el campo de observación, brindando la oportunidad de ver y examinar no sólo a la enfermedad típica, sino también a las variantes y formas irregulares que puede presentar en nuestro caso la equinococosis hidatídica pulmonar.

Pero, fuera aún de esta prevención y educación a que insensiblemente se llega cuando se vive o se actúa en un medio como el nuestro, en el que la equinococosis tiene ya bien tomada su carta de ciudadanía, es innegable que existe aún otro elemento o factor eficiente que desde que entró en el servicio de la Medicina redujo a su mínima expresión la faena del diagnóstico en la hidatidosis pulmonar. Los Rayos X, en la patología del pulmón en el niño, difícilmente encontrarán una afección que se preste tanto como la equinococosis para la demostración categórica de sus estupendas propiedades; dentro de las afecciones torácicas en la infancia las imágenes más netas, salvo alguna rara excepción, son ciertamente aquellas que, en condiciones regulares, suministran las hidátides del pulmón.

Si alguna vez se tuviera que hacer la historia del diagnóstico en la equinococossi hidatídica pulmonar, necesariamente se tendría que fijar dos épocas, una anterior y otra posterior al descubrimiento de Rontgen. En la primera de ellas el diagnóstico se elaboraba merced a la búsqueda de una serie de signos y síntomas, físicos y funcionales, por los cuales se presumía que el pulmón era asiento de un tumor, no infiamatorio ni neoplásico, de forma redondeada y de consistencia probablemente líquida; a esto se agregaba, y ya con caracteres patognomónicos, en las hidatidosis abiertas, la presencia en los esputos o en las vómicas de membranas o de ganchos equinocócicos; en la segunda época todo ese jercicio clínico ha quedado relegado a un orden inferior, puesto que en la práctica médica actual el diagnóstico de las hidátides pulmonares se suscribe o se certifica, inevitablemente, en la pantalla fluoroscópica o en la placa radiográfica.

La preponderancia indiscutible alcanzada por la radiografía sobre la clínica y sobre el Laboratorio, ha traído, como es natural, cierta desvalorización en estos últimos como elementos de diagnóstico en la equinococosis pulmonar; no obstante esto, es justo, sin embargo, reconocer que en muchos casos, cuando se recurre a la radiografía, es sólo ya para confirmar con la imagen característica lo que la clínica y las reacciones biológicas nos han hecho concebir. De esta suerte, el examen radiográfico constituye la exigente coronación de un diagnótsico ya establecido.

La radiografía, sistemáticamente aplicada en el

estudio de la equinococosis pulmonar en la infancia, nos ha enseñado no sólo a reconocer las hidátides en sus estados o formas regulares, sino que también, y muchas veces, con luz meridiana, nos ha mostrado los accidentes o complicaciones que pueden acaecer en la evolución o vida del parásito; más aún, una serie de procesos sobrevenidos cuando el equinococo ha sido total o parcialmente eliminado, procesos que tienen por asiento la cavidad quística o el parénquima pulmonar que le rodea, son únicamente reconocidos por la radiografía o la radioscopía.

Es a la radiografía con sus perfeccionamientos en la aplicación e interpretación a la que, en materia de diagnóstico, en estos últimos veinte años, más debe la equinococosis pulmonar. Qué lejos estamos hoy, merced a los Rayos X, de aquella era en que los portadores de hidátides pulmonares, atormentados por sus hemóptisis, por su tos y por su expectoración, se les rotulaba como tuberculosos hasta tanto una vómica reveladora demostraba palpablemente la verdadera esencia del mal, arrojando entre los pedazos de la hidátide el diagnóstico de baciloso, anatema tan temido y tan fatal! ¡Qué lejos también de aquella época en que el gran clínico Dieulafoy escribía: "Un habitante de la República Argentina, creyéndose atacado de tuberculosis pulmonar, vino a consultarme en el comienzo de 1902". (1) Y ya que hemos citado a ese gran maestro transcribamos también dos líneas de su obra para

(1) G. Diculafoy. Manuel de Pathologie interne. Tome 1.°, page 403. Año 1904.

dejar bien establecido lo que, hace recién cuatro lustros, importaba el diagnóstico de la equinococosis pulmonar. "El diagnóstico de la hidátide pulmonar es bien difícil antes de la perforación del quiste y antes de la vómica". Así se expresaba Dieulafoy, veinte años atrás.

Cuando los niños con hidátides desarroladas en el pulmón llegan a la revisación médica, tienen ya, casi todos, un pasado más o menos largo, en el cual se puede, por lo menos a manera de episodio, señalar la existencia de ciertos desórdenes que, casi con toda seguridad, son atribuíbles a su equinococosis en evolución no diagnosticada ni presumida todavía.

Es analizando los antecedentes suministrados por muchos de estos enfermos que es posible encontrar, retrospectivamente, una serie de pequeños trastornos del aparato respiratorio, intermitentes o continuos, acaecidos a partir de una época más o menos remota; si en algunos casos esos desórdenes son de data reciente, en otros, en cambio, tienen ya uno, dos y aún más años de producidos. Naturalmente que la antelación de esas manifestaciones sintomáticas está en relación con la edad de la enfermedad, medida muchas veces por el tamaño de la hidátide; en otros casos la aparición de esos disturbios, más que la edad de la enfermedad, marca la intolerancia del órgano frente al parásito, pues cuanto mayor ha sido esa intolerancia, tanto más pronto aparecieron las reacciones y tanto más pronto también la hidátide dejó de ser una intrusa silenciosa o latente.

El minucioso interrogatorio, en un buen número de enfermos, puede entonces hacer retrotraer la iniciación de la enfermedad a una época bien anterior al momento del examen. Es con objeto de poder precisar con mayor seguridad o certeza estos primeros períodos de la afección que hemos tratado de establecer en nuestras observaciones cuáles eran esos desórdenes y qué tiempo de producción tenían.

Así hemos visto que el dolor, casi siempre bajo la forma de puntada de costado con localización torácica y nunca o muy especialmente abdominal, frecuentemente intermitente y rara vez continua, es quizá uno de los síntomas que más domina y se destaca, a manera de jalón, entre los antecedentes que suministran los enfermos portadores de una equinococosis hidatítica pulmonar. Vemos también que la tos, con todas sus variantes, desde la tos discreta y periódica hasta la fuerte, continua y coqueluchoidea, se encuentra aún, y más a menudo, todavía en el pasado, próximo o lejano, de los niños en los cuales se diagnostican luego hidátides del pulmón. Los episodios febriles, cortos o prolongados, se registran también muchas veces entre los antecedentes sacados a colación por el interrogatorio del enfermo. En mucho menor grado la disnea se anota algunas veces aún entre estos antecedentes.

La expectoración mucosa o muco-purulenta, desde el discreto esputo hasta la vómica abundante, figura también entre las manifestaciones frecuentes ocurridas en el pasado de los niños portadores de hidátides pulmonares que llegan a la observación médica. A todo

esto agreguemos todavía la hemóptisis, importante y frecuente manifestación, y en la que la sangre aparece bajo la forma de simples esputos hemoptoicos o en cantidades de consideración. Y finalmente añadamos, en esta copiosa lista, aquellas típicas exteriorizaciones de la afección traducidas por las vómicas o expectoraciones de líquido y membranas hidatídicas.

Es en medio de todas estas manifestaciones habidas, y que el interrogatorio saca a relucir, que en algunos enfermos el estudio de los antecedentes nos habla de padecimientos pulmonares que se catalogaron como bronquitis, congestión pulmonar, neumonia o pleuresía; más aún, en algunos de ellos se hace partir de esas pretendidas afecciones la enfermedad que los trae luego al examen médico.

Descartando, en algunos casos raros, la posibilidad de una enfermedad intercurrente, lo lógico es suponer que en la mayoría de las observaciones ese pasado pulmonar del enfermo está directamente en relación con la iniciación y evolución de la equinococosis. Veamos a este respecto lo que las observaciones enseñan.

Ante todo, es de notar que el lapso de tiempo transcurrido desde que se inician esas manifestaciones pulmonares es bastante variable, y que si en algunos casos preceden en días o en pocos meses a la época en que la equinococosis se diagnostica, en otros, por el contrario, la verdadera iniciación de la enfermedad puede calcularse en uno, dos y más años, siendo de observar también que si en algunos enfermos las manifestaciones

pulmonares anteriores sólo se presentaron durante un episodio, en otros, en cambio, ellas ocurrieron repetidas veces o constituyeron un padecimiento casi continuo.

Analizando nuestras observaciones, según los datos suministrados por el interrogatorio, y desde el punto de vista de su probable iniciación sintomática, podríamos, y con objeto de ordenarlas, dividirlas en cuatro categorías; en la primera se incluirían aquellos casos cuya sintomatología es remota, por cuanto los primeros desórdenes atribuíbles a la equinococosis hubieran acaecido con un año o más tiempo aún de anterioridad al momento en que acudieron al examen; en la segunda agruparíamos aquellos otros casos en los que la afección vendría acusándose sólo de varios meses atrás; en la tercera haríamos entrar las observaciones en las que la sintomatología es reciente, pues su existencia no pasa de un mes; la cuarta categoría la reservaríamos para incluir aquellos casos en los cuales no hay datos retrospectivos, ya sea porque no se han suministrado o bien porque la equinococosis se ha desarrollado en el más completo silencio sintomático.

Si en las 78 observaciones de equinococosis hidatídica pulmonar que figuran en nuestra estadística, estudiamos esos antecedentes y repartimos en la forma que hemos convenido, hallamos que la sintomatología remota se encontró en 18 observaciones, la sintomatología mediata—iniciada varios meses atrás—en 39 casos, la sintomatología inmediata o reciente—no exce-

diendo de un mes—sólo en 1 8casos; la falta de antecedentes pulmonares relacionados con la equinococosis se registró en 6 observaciones. Si siguiendo el mismo criterio repartimos a las 30 observaciones de equinococosis hépato-pulmonar, que también figuran en la estadística, vemos que en 3 casos la sintomatología es remota, en 9 casos es mediata, en 3 casos reciente o inmediata y en 15 casos los antecedentes no revelaron sintomatología relacionada con la localización pulmonar.

De las 21 observaciones (18 observaciones de equinococosis pulmonar y 3 observaciones de equinococosis hépato-pulmonar), en las cuales se encuentran, por el estudio de los antecedentes, una sintomatología remota, se observa que las primeras manifestaciones ocurrieron, respectivamente, uno, dos o tres años antes de la fecha en que fueron diagnosticados y tratados, y así vemos que en 11 casos la sintomatología se inicia un año atrás, en 8 casos dos años antes y en un caso la sintomatología tiene ya tres años de antigüedad. En una observación de equinococosis hidatídica hépato-pulmonar la hidátide del pulmón, vaciada y curada por una vómica cinco años antes, no entra, por ese motivo, en esta comprobación.

Vale la pena, por cierto, estudiar en estas observaciones, con sintomatología remota, las manifestaciones habidas, así como también el estado de las vesículas cuando la intervención quirúrgica las pone al día, por cuanto de ello pueden deducirse algunas notas de interés. Ante todo cabe señalar que el dolor y la

tos figuran, casi siempre, entre las manifestaciones iniciales de esa sintomatología remota; a esto debe aún añadirse las hemóptisis a repetición, así como la expectoración, y en muchos casos la vómica. Tratándose de un padecimiento largo algunas observaciones nos muestran, como es natural, enfermos desfallecientes donde al decaimiento y enflaquecimiento marcado se agrega un estado febril continuo.

Es también entre estos casos, con sintomatología antigua, en que los que, como es lógico, la intervención demuestra las hidátides más grandes cuando éstas no se han abierto o supurado. En lo que se refiere al estado de septicidad de las vesículas, las hidátides supuradas abundan entre estos casos: en 21 observaciones encontramos 10 casos donde las hidátides eran macroscópicamente limpias, 9 casos en los que las hidátides supuraron y 2 casos donde el estado vesicular no fué determinado. Llama la atención en estas observaciones el buen número de hidátides que la intervención encuentra fijas o adheridas a la pared; en 21 casos, 12 de ellos tenían adherencias con la pared y 3 no estaban adheridas; en 6 casos esta constancia no fué precisada. (1).

De las 48 observaciones (39 observaciones de equinocososis pulmonar y 9 observaciones de equinococosis hépato-pulmonar) en las cuales la sintomatología se inició en un término de tiempo comprendido entre un mes y un año atrás, se observa también que el

(1) La falta de adherencia entre el pulmón y la pared en el sitio operatorio, no implica que el quiste no pueda estar adherido en otro lugar.

dolor, la tos y expectoración, la fiebre y la hemóptisis son los fenómenos que dominan la escena en la mayoría de los enfermos. Vemos aún que la vómica figura en varias de esas observaciones como accidente ocurrido de uno a varios meses antes de su concurrencia al examen médico: así también se comprueba, en algunos de ellos, manifestaciones generales traducidas por el decaimiento y abatimiento, inapetencia y enflaquecimiento. En lo que se refiere a la septicidad de la hidátide, vemos en estos casos, en preparación y cantidad, un mayor número de vesículas limpias que las que se observan entre los casos de equinococosis pulmonar con sintomatología remota; así de 43 observaciones donde se ha determinado el estado vesicular, figuran 27 casos donde las hidátides eran limpias, a contenido cristal de roca, y 16 casos en los cuales el parásito estaba supurado. Llama la atención también en estas observaciones con sintomatología mediata la cantidad de hidátides que cuando fueron intervenidas, mantenían adherido el pulmón a la pared; de los casos donde esta constancia fué determinada vemos que 31 de ellos estaban adheridos y que sólo 7 no lo estaban.

De las 18 observaciones (15 observaciones de equinococosis pulmonar y 3 observaciones de equinococosis hépato-pulmonar) donde la iniciación de la sintomatología es próxima e inmediata al reconocimiento médico, no excediendo un mes, volvemos siempre a encontrar el dolor, la tos, la fiebre y la himóptisis entre los desórdenes de orden pulmonar atribuibles a la localización de la hidátide. En estos casos la vómi-

ca ya es más rara, pero, en cambio, encontramos varios de ellos donde la disnea se ha presentado entre los síntomas iniciales e inmediatos. Por lo que respecta al estado vesicular las intervenciones quirúrgicas demuestran en estos casos una mayor proporción de hidátides supuradas y de hidátides no adheridas. Así, se ve, consultando esas observaciones, en los casos donde el estado séptimo o aséptico fué determinado, que en 5 casos se encontraron las hidátides limpias y que en 8 casos las vesículas estaban supuradas; que en 5 casos el pulmón había adquirido adherencias con la pared y que en 5 casos también esas adherencias no existían.

Las 24 observaciones (6 observaciones de equinococosis pulmonar y 15 observaciones de equinococosis hépato-pulmonar) donde los antecedentes no han suministrado datos anamnésicos en relación con la hidatidosis pulmonar, sea porque se ignorasen o porque, en rigor, no existían, no se prestan para mayores apreciaciones. Sin embargo, no deja de llamar la atención que entre estos casos dominan las observaciones de hidatidosis hépato-pulmonar como si la sintomatología de las hidátides del hígado hubiera encontrado más la atención que las hidátides pulmonares. Es entre estas observaciones con verdadera sintomatología silenciosa que debemos considerar aquellos casos contados en los que la presencia de las hidátides fué una verdadera revelación de la autopsia o del examen por los Rayos X; su falta completa de sintomatología

no los hizo presumir, o su concomitancia con otra afección las hizo pasar inadvertidas.

Si por un estudio de conjunto de todas las observaciones, cualquiera que sea la sintomatología — remota, mediata o reciente — tratamos de entresacar las maneras o modalidades de la evolución de la enfermedad, podemos más o menos por los datos suministrados por el interrogatorio, en relación con los antecedentes, llegar a determinar lo que podríamos llamar la distinta línea de conducta seguida por el parásito, cuando se aloja en el pulmón.

Si bien es verdad que en la gran mayoría de los casos la hidatidosis pulmonar tiene la suficiente sintomatología actual o retrógrada como para provocar un examen y un diagnóstico, verdad es también que hay a veces hidátides — y no siempre pequeñas — que viven en el pulmón en el más completo silencio. Tal es el caso, en algunas raras observaciones, donde la autopsia ha demostrado una hidátide pulmonar completamente inesperada, en un enfermo asistido y tratado por una afección en todo ajena a la equinococosis pulmonar, de una linfademia por ejemplo (observación N° 5). Tal es, también, el caso en enfermos asistidos por equinococosis hepática y esplénica operados de sus respectivas hidátides y dados de alta sin que nada hubiera hecho presumir una localización pulmonar, y en los que poco tiempo después, sin embargo, una vómica vaciaba hidátides alojadas en el pulmón (observaciones números 21 y 25).

La latencia o silencio de las hidátides desarrolla-

das en el pulmón se pone también de manifiesto en algunos de aquellos casos cuya sintomatología es reciente o inmediata. En efecto, dado el crecimiento lento de la vesícula es de suponer, en aquellas observaciones cuya sintomatología recién se inició unos días o aún un mes atrás y en las que el examen y la intervención quirúrgica demostró, no obstante, una hidátide grande alojada en el pulmón, que ha transcurrido un buen período en el que la equinococosis ha constituído una afección completamente silenciosa a pesar del tamaño considerable adquirido por el parásito. Así vemos, dentro de nuestras observaciones, que en un enfermo (observación Nº 2) el padecimiento comienza un mes atrás, con dolor, tos y disnea, y que la intervención quirúrgica demuestra, sin embargo, la existencia de una hidátide que tiene ya el tamaño de una naranja; que en otro caso (observación Nº 9) la enfermedad se inicia quince días atrás con disnea y fiebre, cuando la hidátide ya deformaba el tórax y desviaba la columna y el corazón. Así también en otro enfermo (observación Nº 40) se producen dos hemóptisis en el mismo día, tres semanas antes, a su vez precedidas de dolor, y el examen radiográfico demuestra una sombra que tenía ya 8 ctms. de diámetro, correspondiente a una hidátide que la operación demostró estar limpia y no adherida; otro tanto ocurre en un enfermo donde la tos, fiebre y disnea habida un mes antes, junto con un sarampión, marca el principio de una hidatidosis que operada da una vesícula supurada aunque no adherida (observación

Nº 47). Igualmente una hidátide no adherida y que comenzaba a supurar se retira por la intervención en un enfermo (observación Nº 54) en el cual sólo ocho días antes comenzó su padecimiento traducido por dolor, fiebre, tos y disnea y en el que, sin embargo, el examen general demostró ya un abovedamiento acentuado del tórax y red venosa superficial marcada. Con sintomatología próxima o inmediata, de quince días atrás, y expresada por dolor, fiebre, tos y disnea, y luego hemóptisis con algunos trozos de membranas es el caso de un enfermo (observación Nº 55) que el mismo día de su ingreso, y estando al parecer muy bien, tiene una vómica seguida de una hemóptisis mortal. Con sólo dieciocho días de anterioridad, y con motivo de un sarampión, aparecen los primeros síntomas en un niño (observación Nº 63) en el que la intervención da, no obstante, una vesícula supurada del tamaño de una naranja.. Sólo un mes antes se inicia, con tos, inapetencia y fiebre, y dando ya, por una punción, 200 gramos de líquido cristal de roca, el padecimiento pulmonar de otro enfermo (observación Nº 72) en el que la intervención retira una vesícula, del tamaño de una naranja, limpia y adherida. Con menos de un mes todavía, sólo veinticinco días, comienza la sintomatología, que se traduce por dolor, decaimiento, disnea y hemóptisis, en un enfermo con el tórax deformado ya, y en el que la intervención quirúrgica nos da una vesícula limpia, del tamaño de un huevo de avestruz y habiendo determinado adherencias. Con veinte días de anterioridad únicamente comienza la

sintomatología en un niño (observación Nº 13, hidatidosis hépato-pulmonar) en el que sin embargo la radiografía muestra ya dos hidátides pulmonares, uno de ellos del tamaño de una naranja. Sólo cinco días atrás comienza la sintomatología pulmonar, manifestada por hemóptisis, en otro niño (observación Nº 29, hidatidosis hépato-pulmonar), en la que la radiogarfía y la intervención quirúrgica demuestran luego una hidátide de consideración alojada en el pulmón derecho.

La modalidad o conducta de la equinococosis hidatídica en la forma que evoluciona silenciosamente, así como, también, la de aquellos cuya sintomatología es inmediata, no obstante tratarse de hidátides grandes, se expresa por la falta de síntomas mantenida durante un tiempo más o menos largo. Estas hidátides, sin pasado conocido, se hacen presentes, ya por la revelación de una autopsia o de los Rayos X, o, como también, por sus síntomas propios, pero tardíos, tienen muchas ya el tamaño y aún las condiciones de una hidátide con larga y aún complicada evolución. Y así se ven algunos casos de equinococosis pulmonar, silenciosos en su evolución o con sintomatología muy reciente, y en los que, sin embargo, la intervención quirúrgica demuestra vesículas grandes, supuradas y aún con adherencias con la pleura parietal. Menester es, entonces, en estos casos admitir que el parásito evoluciona en medio de una completa tolerancia del órgano y que si algunos accidentes se producen, estos no tienen la traducción sintomática suficiente como para impresionar un cuadro clínico. En estos casos, y no obstante que en algu-

nos de ellos se trata de hidátides con localización periférica, ni siquiera se manifiesta esa reacción pleural, febril y dolorosa, que con frecuencia se observa una o varias veces en casos con sintomatología mediata, y a la cual ha hecho mención Escudero en su trabajo ya tantas veces citado (1).

En oposición con estos enfermos en los cuales la equinococosis se ha desarrollado silenciosamente en el pulmón, y en los cuales, por lo tanto, no hay antecedentes a distancia que denuncien desde ya la presencia del parásito, se presentan aquellos otros en quienes, a la inversa, por el interrogatorio sale siempre a relucir un verdadero pasado pulmonar más o menos largo, y en concordancia con su afección actual. Veamos si en ellos es posible encontrar algunas modalidades en la manera de denunciarse o presumirse la afección, según sea la presentación anterior de los síntomas. Pero antes de iniciar este análisis de los antecedentes sintomáticos en la equinococosis hidatídica pulmonar, séanos permitido expresar lo que, en cuanto a síntomas y diagnóstico, era antes y es ahora la enfermedad.

Antes, cuando los Rayos X no se conocían y cuando la atención y aún la expectativa médica no estaban

---

(1) Escudero Pedro. Kystes hidatiques du poumon. Página 25. "Además del dolor — dice el Escudero — indicador de la veciedad picural del quiste, hagamos mención de un hecho clínico que no ha sido todavía mencionado y que constituye, también un índice de la localización periférica de las hidátides pulmonares. Se trata aquí de una *reacción pleural febril y dolorosa* simulando una pleuresia aguda, siempre confundida con una enfermedad intercurrente (en las observaciones ella figura bajo el nombre de grippe), que tiene costumbre de repetirse y en que la repetición denota muy frecuentemente la sínfisis pleural".

a la altura de hoy, las observaciones de equinococosis hidatídica pulmonar tenían, y con razón, un pasado largo o remoto, durante el cual la enfermedad había evolucionado muchas veces sin diagnóstico; mientras una vómica demostrativa no certificase la naturaleza del padecimiento, podía éste ir avanzando sin desenmascararse y anotando en su haber una serie de episodios sintomáticos que se interpretaban según el criterio y el concepto clínico del momento y del observador. Cuando la enfermedad mostraba ya su verdadera esencia, muchas veces se podía contar con un pasado exuberante en manifestaciones que, con toda seguridad, estaban relacionadas con la hidatidosis en marcha. Hoy, que el tórax tan bien se alumbra y que la prevención médica está en relación con la frecuencia de la enfermedad, basta el más mínimo desórden o síntoma cuya explicación no sea satisfactoria, para que la radiografía alumbre y muestre qué es lo que pasa en el pulmón. No nos extrañemos, entonces, si las hidátides pulmonares de hoy tienen un pasado más corto que las de antes y una menor faz sintomática de interpretación dudosa o desconocida. Pero, a pesar de todo esto, aún hoy mismo, si no se les da el verdadero valor a ciertas manifestaciones sintomáticas, la hidatidosis pulmonar puede evolucionar sin gran exteriorización y aún sin despertar mayormente la atención médica, hasta tanto desórdenes muy ruidosos la evidencien ya francamente. Sentadas estas consideraciones, volvamos a nuestro objeto.

Si de una manera general estudiamos los antecedentes en aquellos enfermos en los que el interrogatorio nos denuncia un pasado remoto o mediato, pueden observarse ciertas modalidades en la presentación de esas manifestaciones sintomáticas pulmonares anteriores, que son de atribuir a la hidatidosis ya existente y evolucionante. Veamos cuáles son esas modalidades.

Es indudable que podría describirse toda una gama en la serie de manifestaciones sintomáticas que, a manera de notas, escaladas o no, se encuentran en aquellos casos de equinococosis pulmonar que vienen ya anunciando su existencia desde varios meses o desde años atrás. Prescindiendo de los síntomas físicos — entre los que sólo la deformación toráxica puede contarse como manifestación de la anamnesis referida por el enfermo a quienes le rodean — es por las combinaciones del dolor, la tox y expectoración, la disnea, la fiebre y la hemóptisis, que se acusan en ese pasado mediato o lejano, las hidátides que se han venido desarrollando en el pulmón. Si bien, en algunos casos raros, esos síntomas se presentan aislados, lo común es que ellos se junten o combinen, dando lugar a verdaderos estados o episodios pulmonares, que si en algunos enfermos pasan y se borran, en otros, por el contrario, se continúan sin interrupción o se suceden con muy cortos intervalos.

Desde el punto de vista de la continuidad o incontinuidad de las manifestaciones sintomáticas aludidas, si estudiamos aquellas de nuestras observaciones en las cuales se registran desórdenes remotos o mediatos al

momento del examen, echaremos de ver que la continuidad sintomática es lo más frecuente en la equinococosis hidatídica pulmonar que ha venido evolucionando. Y así vemos, por el recuento en nuestros casos, que en 64 observaciones de esa índole cuyos antecedentes han sido precisados, 51 de ellos presentan un pasado mediato o lejano, en el que las manifestaciones pulmonares constituyen un estado continuo muy poco o nada entrecortado y que en sólo 13 observaciones el análisis de esos mismos antecedentes muestra una sintomatología pulmonar discontinua o por episodios.

La tos, seca o con expectoración, es la manifestación que más a menudo se presenta como punto de partida inicial en la serie de trastornos que acusan los enfermos con antecedentes pulmonares de larga duración. A la tos, y por orden de frecuencia, le sigue luego la fiebre, el dolor y la hemóptisis; las vómicas de líquido hidatídico, de pus o de membranas, vienen luego en ese orden, y después, pero con mucha menor frecuencia ya, la disnea; muy rara vez se registra la cianosis. A todo esto, y como manifestaciones sintomáticas generales, agreguemos también, en algunos casos, el enflaquecimiento y la inapetencia, el decaimiento y aún ciertos estados de anemia más o menos pronunciados.

Llama la atención que sea en medio de todas estas manifestaciones, que continuas o intermitentes se registran en el pasado remoto o mediato de muchos enfermos de equinococosis pulmonar, que se encuentran a veces, y como intercaladas, enfermedades que, según el diagnóstico que entonces se hiciera, fueron considera-

das como gripe, resfrío, congestión pulmonar, bronquitis, neumonia, pleuresia, sarampión, etc. En algunas observaciones, según rezan los datos anamnésicos, se expresa todavía que es a continuación de esas afecciones citadas que se inicia el proceso o enfermedad por la cual concurren los enfermos a la revisión médica.

Si bien, como ya lo hemos dicho, no se puede en absoluto desechar la intercurrencia de padecimientos de la naturaleza citada en enfermos cuya equinococosis pulmonar aún no se ha diagnosticado francamente, es, sin embargo, muy lógico admitir la posibilidad de que esas pretendidas afecciones, muchas veces, no hayan sido más que manifestaciones clínicas de una hidatidosis en evolución. La fiebre, coincidiendo con tos seca o con expectoración, y aún con disnea, y a todo esto la concomitancia de signos físicos inherentes a la hidátide, pueden muy bien, en determinados momentos, simular una neumonia un tanto atípica en su evolución. Esas mismas manifestaciones, coincidiendo con una punción exploradora que da un líquido citrino por pleuresia de vecindad, o un líquido turbio o purulento por hidatidosis supurada, pudo, en algunos casos — y sobre todo si no se agotó el valor diagnóstico del líquido extraído — haber hecho pensar en una pleuresia serosa o purulenta. Hasta los fenómenos bronquiales de una hidatidosis pulmonar en un niño cuyo cuerpo muestra una erupción de urticaria, pudo también admitir un sarampión con su exantema; todo esto, naturalmente, mientras la hidátide se conservó más o menos intacta y no cuando una vómica, con sus elementos característicos, denunció la verdadera afección.

El estudio del pasado pumonar en los enfermos que llegan a la observación médica, portadores de una hidatidosis del pulmón, tiene todavía su importancia para poder deducir de él las contingencias sufridas por el parásito y por el órgano, y para poder colegir de ello el verdadero estado actual o grado de la afección. Apuntemos, a este respecto, lo que pueden enseñarnos las observaciones.

Como expresión de conjunto se podría concluír, y lógico es que así sea, que cuanto más cargado es el pasado del enfermo en accidentes o en manifestaciones de orden pulmonar, tanto más complicada y comprometida se encuentra la afección, o, mejor dicho, la causa de la afección; esto es la integridad a la vida de la vesícula parasitaria. Hidatidosis pulmonar con pasado muy accidentado es casi siempre hidatidosis en la cual se ha producido la supuración y la muerte con el desalojo, parcial o total, del parásito. Cuando los episodios se han sucedido y cuando éstos se prolongaron o se exacerbaron, la nota sintomática final se produjo y la víctima, en block, fraccionada o por expectoración, casi fatalmente se originó.

La existencia, en el pasado remoto o mediato, de episodios febriles en los que el dolor, la tos, la hemóptisis y la expectoración se produjeron, no implica, sin embargo, que necesariamente se ha ya producido la muerte y desorganización del parásito. Observaciones tenemos en las que no obstante la repetición de estos episodios, la intervención quirúrgica ulterior demostró la existencia de hidátides íntegras con su continente y

contenido sanos y limpios. Tal es lo que vemos que ocurre en una de nuestras observaciones (observación Nº 21), en la que no obstante que la sintomatología se inicia dos años antes en que "tuvo fiebre y tos, notándose en la expectoración una pequeña cantidad de sangre" y en que "desde entonces la niña ha adelgazado, ha quedado con tos y se queja algunas veces de dolores en el lado derecho del tórax"; la intervención quirúrgica muestra "adherencias entre las pleuras y efectuada en ese sitio una punción capilar, se retira líquido cristal de roca". Tal es el caso también en otra enferma (observación Nº 8), donde la operación demuestra la presencia de una hidátide grande con líquido cristalino, y en la que, sin embargo, sus antecedentes declaran lo siguiente: "Siempre fué sana hasta hace cuatro meses aproximadamente, en que comenzó su enfermedad actual. Comenzó por decaimiento, tos, y, sobre todo, por dolor punzante en el hipocondrio izquierdo; este síntoma predominante era de carácter fijo, aunque a veces se extendía hasta el vértice. Estuvo ocho días en tratamiento, mejorando bastante, aunque la tos no desapareció completamente. Hace un mes y medio volvió a recaer con los síntomas anteriores. Examinada por un facultativo, se hizo el diagnóstico de pleuresia serosa. Sin embargo, se le practicó, entonces, una punción exploradora, la que no dió ningún resultado, pues apenas si se sacó un poco de sangre. Tuvo temperatura elevada durante quince días. Tos con abundante expectoración, pero refiere que nunca esputó sangre". Casos semejantes a estos podríamos

citar muchos otros de nuestra estadística, y en todos ellos veríamos que, no obstante figurar episodios febriles pulmonares en los antecedentes, la intervención mostró, sin embargo, hidátides íntegras y con un contenido limpio, cristal de roca. Más interesante todavía, y siempre desde el mismo punto de vista, resulta otra de nuestras observaciones (observación Nº 38), en la que, a pesar de los antecedentes, la intervención quirúrgica da, sin embargo, con una hidátide limpia o íntegra. Esos antecedentes expresaban lo siguiente: "Hace once meses comenzó la enfermedad con fiebre que duró cuatro o cinco días, acompañada de tos seca y rara; esto persistió hasta la fecha. Desde su iniciación hasta hace dos meses, no presentó otros síntomas fuera de la tos; hace dos meses, en cambio, la tos se hizo más intensa y cuando corría, sobrevenían accesos fuertes, en los que, a veces, dicen, se caía al suelo; fué entonces visto por un médico, quien diagnosticó un derrame pleural; al mismo tiempo, tuvo fiebre que duró un mes, y esputos sanguinolentos que se repetían varias veces al día y que duraron quince días. En estos últimos no ha tenido fiebre".

Es seguramente cuando en el pasado del enfermo, por los antecedentes suministrados, se puede puntualizar una verdadera vómica, en la que se ha reconocido la membrana parasitaria, que es posible colegir el verdadero estado de la equinococosis pulmonar que llega al examen; desde la hidátide recientemente abierta y expulsada, que va en vías de la curación, hasta la estabilización del proceso, como consecuencia de una aber-

tura y expulsón insuficiente y de una supuración larga y mantenida por diversos factores, hay toda una serie de variantes en el estado pulmonar, originado por la forma vesicular de la equinococosis. Pero aún en estos casos, donde los antecedentes hacen suponer o afirman que el parásito, total o parcialmente, ha sido arrojado, es menester también tener en cuenta ciertas circunstancias y reparos que se nos presentan en la práctica y que son de mucha importancia, si es que se pretende establecer una relación entre los antecedentes pulmonares y el estado de la equinococosis en el momento preciso en que el enfermo llega a nuestra observación. En esto nos referimos a ciertos casos en los cuales los antecedentes pulmonares se expresan a favor de una equinococosis abierta, supurada y con expulsión de vesícula, y en los que, sin embargo, la observación y el examen completo del enfermo, así como la intervención quirúrgica muestran, en cambio, hidátides íntegras y limpias.

Sabido es, cuando se trata de precisar por el interrogatorio del enfermo o de las personas allegadas, la calidad de los productos expectorados recientemente y con más razón en un pasado mediato o remoto, las dificultades con que se tropieza para obtener de ellos respuestas precisas y atinadas; fuera aún de la facilidad con que confunden un vómito y una vómica, no siempre, tampoco, sus expresiones son lo suficientemente claras como para poder deducir de ellas, con seguridad, la sustancia arrojada por la expectoración. Si bien en lo que concierne a la hemóptisis, en sus dis-

tintas formas, los datos recogidos son siempre bien concluyentes, no ocurre lo propio, por lo general, cuando se trata de averiguar si entre los productos expulsados han aparecido vesículas o trozos de membranas hidatídicas. No obstante, muy a menudo, cuando en realidad han habido vómicas o expectoración con trozos de membranas, el fenómeno es casi siempre advertido, y se menciona comparando dichas membranas a otras sustancias más comunes o conocidas: de ahí las expresiones de "membranas", "pielcitas", "pellejos" o de "sustancia blanca como clara de huevo cocido". Pero, agreguemos también, que en algunos casos — máxime tratándose de niños — el interrogatorio no da datos precisos y aún a veces, sea por ignorancia, inconsciencia o sugestión, se suministran antecedentes erróneos, haciéndose referencia a pretendidas membranas que en rigor no han existido.

La equinococosis hidatídica pulmonar múltiple puede, en algunos casos, ser un motivo para que de los datos suministrados por los antecedentes se sospeche la existencia de hidátides abiertas y supuradas, existiendo en cambio en el enfermo cuando se examina, hidátides cerradas y limpias; tal cosa ocurre cuando una de las vesículas existentes se ha roto y vaciado un tiempo atrás con su consiguiente sintomatología y cuando se relacionan estos antecedentes con la presencia de otra vesícula que es la que se observa en el momento del examen. Observaciones de esta índole, y donde como consecuencia de una hidatidosis múltiple, los accidentes acaecidos en una de las vesículas pueden

imputarse a otra, con la consiguiente y aparente incongruencia entre la anamnesia y el estado del enfermo cuando llega a la revisación, podríamos citar algunas que figuran en nuestra estadística. Así en una de ellas (observación Nº 10) los antecedentes declaran: "desde hace varios meses siente puntadas en el tórax, causándole molestias; desde entonces ha adelgazado. Hace próximamente dos meses que las puntadas se hicieron más dolorosas y que tuvo tos, fatiga y fiebre; con estos síntomas estuvo unos veinte días, pareciendo mejorarse; pero, cuando el médico lo había ya dado de alta, tuvo una vómica (la madre dice que arrojó gran cantidad de esputos purulentos mezclados con sangre). Así pasó sin fiebre unos quince días más, hasta que lo traen al Hospital". Este pasado pulmonar hablaba en favor de una hidátide supurada y abierta que se creyó, por los signos físicos obtenidos en el examen clínico, ubicada en el pulmón derecho. La intervención quirúrgica efectuada, sin embargo, reza que "se incinden las pleuras, que están adheridas, e inmediatamente se evacúa una hidátide pulmonar limpia y sin romper". La disparidad entre los antecedentes suministrados y el estado de la vesícula obtenida por la operación, se aclaró en el "post-operatorium" del enfermo, pues, como siguiera él, después de esta operación, expulsando esputos gruesos y purulentos, y como examinado a los Rayos se notara en el lado izquierdo una opacidad mediana, fué operado de ese lado, un mes después, extrayéndose una membrana hidatídica que había supurado y cuya cavidad comunicaba en un bronquio". En otro

de nuestros enfermos (observación Nº 34), también pudo haberse producido semejante incongruencia entre la anamnesia y la hidatidosis presente en el momento del examen, si no hubiera mediado el buen examen clínico, radiográfico y aún quirúrgico, que puso las cosas en su lugar a medida que se presentaron; aquí, en realidad, no se trata de una hidatidosis múltiple simultánea—a lo menos clínicamente—pues podríamos decir que en esta observación una hidátide aparece cuando la otra ya ha concluído, por lo que la iniciación sintomática de la segunda vesícula hidatídica pudiera haber entrado en el haber de los postreros síntomas de la primera, o vice-versa, también, si se quiere. Y en efecto; de no haberse practicado en ese enfermo una serie de radiografías, nada difícil hubiera sido que las manifestaciones de una primera pequeña hidátide de la base, abierta y fraccionadamente expulsada, hubieran sido atribuídas a otra vesícula, de aparición un poco más tardía, desarrollada en el vértice del mismo pulmón. Cuando, en este enfermo, se creía poder asistir al final de un proceso pulmonar equinococócico que se había seguido en una buena parte de su evolución, se asiste, sin quererlo, a la iniciación de otro proceso de la misma naturaleza, y esto muy inesperadamente, por cierto, pues, como dice la observación: "Es realmente con sorpresa que en este nuevo examen radiográfico aparece en la parte superior del pulmón derecho — sitio donde en ninguna de las radiografías anteriores se había visto nada anómalo — una sombra más o menos circular, con borde inferior bien convexo, con borde

superior un poco cóncavo, y cuyo mayor eje se extendía desde la tercera hasta la séptima costilla. Por su aspecto, la sombra debe corresponder a la sombra proyectada por una hidátide. Radiografías obtenidas, respectivamente dos y cuatro meses después, muestran siempre esa sombra, más redondeada aún, de tamaño mayor y con todo los caracteres de las imágenes hidatídicas''. Y, efectivamente, como la intervención ulterior lo demostró, esa sombra correspondía a la imagen de otra hidátide pulmonar.

Bien podríamos también citar entre estas observaciones en las que los antecedentes hacen presumir una hidatidosis abierta y supurada, y la operación, en cambio, muestra vesículas limpias e intactas, el caso de otro enfermo (observación Nº 45), cuyos antecedentes se expresan así: ''Hace cinco meses que comenzó la enfermedad con temperatura que oscilaba de 37 a 38 grados y con puntada al costado derecho, la cual en algunas ocasiones se hizo intensa. Fué atendido por un médico y continuó en este estado hasta que hace dos meses se reagravaron los síntomas; su temperatura se elevó hasta 39 grados, se notó una saliencia en el costado derecho y tuvo vómitos y tos. En tres ocasiones, al expectorar, arrojó membranas hidatídicas. Fué punzado, extrayéndose líquido cristal de roca''. A pesar de la manifiesta abertura y expulsión de membranas hidatídicas, la intervención quirúrgica, en este enfermo, mostró también la integridad y asepticidad de otras vesículas pleuro-pulmonares. Es que, en efecto, un conglomerado de hidátides, independientes unas

de otras, y frutos seguramente de una equinococosis secundaria local, permitió, en este caso, que algunas de esas vesículas se abrieran y comunicasen con los bronquios, mientras que otras, limpias e íntegras, permanecieron dentro del órgano.

Si bien en las circunstancias que venimos apuntando no existe sino aparentemente una falta de relación entre la anamnesis y el estado actual de la afección — desde el momento que cada cual corresponde a una hidátide distinta — hemos visto, sin embargo, algunos raros casos en los cuales los antecedentes de cierta hidátide hicieron formar un juicio erróneo sobre el estado de ella misma. Vemos así que, en uno de nuestros enfermos, (observación Nº 36), no obstante que los antecedentes se expresaban a favor de una hidatidosis abierta, pues ellos decían "ha tenido hemóptisis expulsando membranas hidatídicas", la intervención demostró, por el contrario, que "una vez hecha la resección costal, se punza, y esto da salida a un líquido cristalino. Se incinde la bolsa quística con el bisturí, levantando al mismo tiempo la enferma para impedir que el líquido refluya en los bronquios por si hubiera una comunicación. Una vez el líquido evacuado se extraen las membranas hidatídicas, no hay vesículas hijas. Drenaje con tubos de goma y gasa. Varios puntos de sutura adhiriendo ambas pleuras". Caso similar se produce en otra enferma (observación Nº 51) cuyos antecedentes indican que "en la semana pasada arrojó por la boca un líquido sanguinolento y pequeñas membranas, quedando desde entonces con fiebre y

ligera tos''', pues en esta enferma también la intervención demuestra una hidátide limpia e intacta al expresar que ''previa punción en el 5º espacio intercostal, lado izquierdo, línea axilar media, se retira un líquido cristal de roca; se hace una resección de la sexta costilla, línea axilar. Llegado a la cavidad pleural, se punza el pulmón con bisturí, dando salida a una gran cantidad de líquido cristal de roca. Sutura del pulmón a la pared; se limpia la cavidad sacando la membrana hidatídica; drenaje con gasas''. Obvio nos parece haber notar que, en estas observaciones, nada hizo pensar ni presumir la posibilidad de otra hidátide que hubiera sido la causa de las membranas arrojadas por expectoración y registradas en los antecedentes. Creemos más bien que, en los casos de esta naturaleza, las membranas arrojadas pertenecen a la hidátide limpia que luego se encontró en la intervención; pero ellas sólo representan sus capas externas cuticulares desprendidas por un proceso de exfoliación y expulsadas con la sangre por los bronquios. No obstante esos desprendimientos, la vesícula permanece intacta y límpida, hasta el momento de la operación.

Las manifestaciones clínicas que caracterizan a la equinococosis hidatídica pulmonar desarrollada en la infancia, y con las cuales se puede confeccionar el diagnóstico son, desde luego, múltiples y variadas; ellas, por otra parte, están en relación con el estado en que se encuentra el parásito, así como también con la situación que él ocupa en el órgano.

Entre las manifestaciones de orden general caben

señalar algunos desórdenes que, si bien, por sí solos, no tienen sino una importancia muy reducida, pueden, sin embargo, desde el punto de vista del diagnóstico, oficiar a manera de pequeños indicios, constituyendo en algunos casos elementos de juicio que pesan en una decisión. Pero antes de entrar en el estudio de estas manifestaciones, deseamos, una vez más, emitir algunas consideraciones, sobre un punto que en materia de equinococosis tiene mucho valor; en esto nos referimos a la proveniencia del enfermo.

Bien sabemos que entre nosotros, así como en todas aquellas partes donde reina la equinococosis hidatídica, ella es una enfermedad manifiestamente rural. La campaña en primera línea, luego el suburbio, y por fin la ciudad, constituyen un inalterable orden de frecuencia confirmado por las estadísticas, que en nuestro país indican la proveniencia de los enfermos. Los últimos estudios demográficos de la hidatidosis nos muestran, en lo que se refiere a la Provincia de Buenos Aires, el porcentaje mucho mayor de la campaña con respecto a la Capital. Esos mismos estudios también nos enseñan que el mayor número de casos se presentan en las regiones ganaderas y de ahí la mayor frecuencia de enfermos en las provincias del litoral frente a las otras provincias del interior.

Es tratándose de la equinococosis hidatídica que hemos pretendido averiguar si en nuestro país hay comarcas en las que la enfermedad se localiza preferentemente en el pulmón. A esta averiguación hemos sido inducidos por el hecho referido y comentado según

el cual en ciertos países azotados, la localización pulmonar sería frecuente, mientras que ella misma, por el contrario, en otros sería de rara presentación. Así se ha dicho que la hidatidosis equinocóccica pulmonar es rara en Islandia, mientras que es muy frecuente en Australia, y para explicar estas particularidades regionales de la enfermedad, Behr admite que los excrementos desecados del perro que circula en las ciudades de Australia son dispersados por los vientos secos y calientes de ese país, pudiendo entonces en estas circunstancias los huevos de tenia, por medio del aire inspirado, llegar a introducirse en el pulmón. A esto agrega el mismo autor: "Se comprende así la poca frecuencia de los quistes del pulmón en Islandia, país frio y húmedo". Si bien a esta hipótesis de la infección aérea se le opusieron objeciones serias — aunque hipotéticas también — cual sería el hecho admitido de que el embrión no puede ser puesto en libertad sino bajo la acción disolvente que el jugo gástrico tiene sobre la cáscara, ella no obstante no fué del todo desterrada, y así vemos que Dévé, en uno de sus primeros estudios, (1) refiriéndose a la falta de experiencias que probaran la insolubilidad de la referida cubierta por otros medios que no fueren el jugo gástrico, dice: "En ausencia de experiencias a este respecto no se puede, en efecto, estar seguro que la humedad de los bronquios, ayudada por la acción química del mucus brónquico, por ejemplo y aún tal vez, por la acción de los microbios contenidos,

(1) Dévé Félix. De la Echynococcose secondaire. Thése. París, 1901.

no basta para ablandar y disolver la envoltura del embrión; este punto requiere nuevas experiencias".

Es entonces admitiendo la hipótesis expresada por Behr, pero condicionalmente, que hemos tratado, dentro de nuestro mèdio y con nuestros estudios demográficos, de averiguar si la observación confirma esa relación entre la equinococosis pulmonar y las condiciones climatéricas invocadas. Si bien nuestras averiguaciones en ese sentido no tienen la amplitud que sería deseable, pensamos sin embargo que es de alguna utilidad emitirla. Lástima que a este respecto no hemos podido valernos de la última gran estadística levantada en el año 1912 por el Doctor Daniel Greenway, por cuanto en ella no hemos encontrado los datos necesarios para la búsqueda de esa relación. Pero concretándonos a las observaciones personales podemos asegurar que en nuestros enfermos no hemos hallado prevalencia de la localización pulmonar en zona alguna de la Provincia de Buenos Aires, así como tampoco aumentos o disminuciones apreciables de esa localización en los años siguientes o subsiguientes a estaciones secas o lluviosas.

Pero es aún por el estudio y análisis de nuestra propia estadística de equinococosis pulmonar — sobre la cual basamos este trabajo — que creemos encontrar algún elemento de juicio capaz de terciar a favor o en contra, de la hipotética infección aérea sustentada para explicar la localización pulmonar. Como va dicho ya, en el capítulo pertinente, en nuestras 108 observaciones de equinococosis hidatídica pulmonar, figuran 30 enfer-

mos en los cuales se ha podido demostrar la existencia de una infección múltiple traducida por la forma hépato-pulmonar, esto es, por hidátides alojadas concomitantemente en el hígado y en el pulmón.

La hidatidosis hépato-pulmonar, que entre las hidatidosis múltiples primitivas con asiento en dos o más órganos constituye, de mucho, la combinación más frecuente, y en la que aparecen parasitados los dos órganos — hígado y pulmón — que, según todas las estadísticas, son los más frecuentemente atacados, nos parece que, de por sí, constituye un argumento como para sostener que hay unidad de vía de infección en la equinococosis pulmonar y en la hepática. En efecto, dado que los estudios y la observación diaria nos muestran que primero el hígado y luego el pulmón son los órganos predilectos para el asiento del equinococus, la combinación hépato-pulmonar, cuando se ingieren dos o más huevos de tenia, resulta un hecho perfectamente lógico y explicable. Los dos órganos que, por separado, ocupan los dos primeros puestos en la estadística de las localizaciones, son también los que más frecuentemente se combinan o asocian. La combinación hépato-pulmonar, naturalmente, tiene su razón de ser si es que en la infección se admite la vía sanguínea, y si los embriones hexacantos partidos del intestino, por lo tanto ingeridos, llegan mediante el sistema porta como primera estación al hígado y como segunda al pulmón.

Si por el contrario, admitimos la vía aérea como capaz de determinar la localización pulmonar, ¿cómo explicar satisfactoriamente la frecuencia de la hidatidosis hépato-pulmonar y cómo explicar también, con

esa sola vía de infección, la localización en los dos órganos? Admitiendo la vía aérea veremos explicada, en la forma hépato-pulmonar, si se quiere, la localización pulmonar, pero por esa misma vía no es posible dar cuenta de la localización hepática. Tenemos entonces, forzando la explicación, que admitir una doble vía de infección, la sanguínea para el hígado, y la aérea para el pulmón. Aún así no quedamos satisfechos por cuanto esa dualidad infectiva no nos aclara y explica el por qué de la frecuencia de esa doble presentación.

Fué ya en el año 1911 que en un trabajo por nosotros inspirado — la tesis de doctorado del malogrado ahijado Doctor Carlos R. Firpo — apareció una semejante argumentación para tratar de probar que la hidatidosis hépato-pulmonar, con su frecuencia de presentación, constituía una forma clínica que debía interpretarse no ya como un hecho casual, sino como la consecuencia del modo cómo el organismo era invadido e infectado por el parásito. Es por esto que creemos oportuno, entonces, transcribir aquí cierta parte de aquel trabajo y que dice como sigue: (1) "La hidatidosis hépato-pulmonar es seguramente la forma más frecuente con que se presenta la hidatidosis múltiple de dos o más órganos o, en otras palabras, el hígado y el pulmón son los dos órganos que en mayor número de casos se ven atacados simultáneamente por el estado vesicular de la tenia equinococus".

Este hecho comprobado por la observación no es

(1) Doctor Carlos R. Firpo. Hidatidosis hépato-pulmonar. Página 62. Tesis 1911. Buenos Aires.

una mera ocurrencia de la casualidad sino que es la consecuencia de la manera cómo el parásito invade al organismo. En efecto, la forma hépato-pulmonar y su frecuencia mucho mayor que otras formas de hidatidosis múltiple (hépato-renal, hépato-esplénica, etc.), es una prueba más para poder afirmar que el embrión hexacanto se vale de la vía sanguínea para ir a radicarse en los órganos.

El estudio de la localización hépato-pulmonar, de este frecuente binomio equinocóccico, nos ha sugerido algunas consideraciones de las cuales deseamos dejar constancia aquí.

Antes de seguir adelante diremos que la forma hépato-pulmonar, así como todas aquellas otras formas en que en el organismo dos o más órganos son asiento de dos o más quistes, la forma hépato-pulmonar, repetimos, no es nada más que la consecuencia de la facilidad con que pueden ingerirse dos o más huevos de tenia equinococus.

Esta ingestión múltiple de huevos la encontramos explicada en el estudio del parásito adulto, esto es, en la tenia equinococus. Efectivamente, al describirla hemos visto la enormidad de huevos que encierra el proglótide maduro.

Ahora bien, ¿hay algún motivo para que al romperse este anillo y al desparramarse los huevos, estos últimos sigan cada uno un camino y una suerte diferente? ¿No es más fácil admitir que muchos de ellos van juntos formando lotes de dos o más, y que así juntos son ingeridos por un mismo huésped intermediario? Es muy probable.

Lo que ocurre con los huevos de la tenia debe ser más o menos lo mismo que vemos producirse con los huevos de caviar, que al extenderlos en un plato, si bien muchos de ellos se separan uno a uno, en cambio otros quedan adheridos formando montoncitos de dos, tres, cuatro o más huevos.

Al aceptar y sostener que la forma hépato-pulmonar es la forma más frecuente de la hidatidosis múltiple, debemos recordar que hablamos de una hidatidosis primitiva y que, por lo tanto, queda excluída en estas consideraciones la equinococosis hépato-abdominal, forma perteneciente a la equinococosis secundaria.

Al iniciarnos en estas consideraciones dijimos que la frecuencia de la hidatidosis hépato-pulmonar, mayor que otras formas de hidatidosis primitivas múltiples, es la consecuencia de la manera cómo el parásito invade al organismo; lo demostraremos trayendo a colación las diversas hipótesis que se han invocado para explicar el camino seguido por el embrión hexacanto para radicarse en los órganos.

Comenzaremos por la vía sanguínea, sistema porta, casi universalmente admitida hoy.

La forma hépato-pulmonar se encuadra perfectamente en esta hipótesis. El hígado y el pulmón son los dos primeros órganos que los embriones encuentran en su camino y, por lo tanto, son los órganos más frecuentemente visitados por el estado vesicular.

Esta vía es, con toda probabilidad, la que siguen los embriones, y esta es la causa por la cual la forma que nos ocupa es mucho más frecuente que la hépato-

renal, hépato-esplénica o hépato-cerebral. Para que estas últimas formas se produzcan, es necesario que el segundo embrión salve el pulmón y penetre en la circulación general para ir a radicarse en el riñón, bazo o cerebro.

La forma hépato-pulmonar da un mentís a la teoría según la cual los quistes del pulmón siguen la vía linfática, (canal torácico), para entrar luego en la subclavia izquierda y por fin al pulmón.

En efecto, si admitiéramos que las cosas ocurrieran así, y que los dos embriones de la forma hépato-pulmonar llegaran al pulmón por la subclavia y vena pulmonar, tendríamos explicado el cómo del quiste del pulmón, pero nos veríamos en figurillas para explicar el quiste del hígado, puesto que el otro embrión salvando el pulmón pasará al corazón, y de ahí a la circulación general, con lo que el hígado perdería ya su derecho de prioridad para albergar al parásito.

La forma hépato-pulmonar, tampoco puede encuadrarse con la hipótesis según la cual el embrión sigue el colédoco para ganar el hígado, pues esa hipótesis deja sin explicación al quiste del pulmón.

Otro tanto diremos de la hipótesis que sostiene que el embrión atraviesa el intestino a la altura del duodeno y gana directamente el hígado.

Para terminar, y resumiendo, creemos que la frecuencia de la asociación hígado y pulmón, es una prueba más para sostener la vía que explica esa asociación, esto es, la vía sanguínea".

Si bien es cierto que en las líneas que hemos repro-

ducido no se encuentra alusión alguna a la vía aérea de la infección, los argumentos que se hacen en favor de la vía sanguínea, sistema porta, y en contra, por lo tanto, de otras teorías, valen también para oponer la forma clínica hépato-pulmonar a la hipotética vía aérea concebida solo para explicar la frecuencia de la equinococosis hidatídica pulmonar en algunas localidades.

El interrogatorio puede ya — por la existencia de algunas manifestaciones habidas con antelación al momento del examen — encaminar en la vía del diagnóstico de la equinococosis hidatídica pulmonar de la infancia. Por lo que nos han enseñado nuestras observaciones, cuando ellas llegan al examen, tienen ya un cierto pasado en el que priman algunas manifestaciones sintomáticas.

El dolor, la tos y la expectoración se encuentran muy a menudo escudriñando en el pasado inmediato o mediato de la mayor parte de los niños portadores de hidátides en el pulmón.

Si bien el síntoma dolor no es siempre fácil precisarlo, localizarlo y medirlo en los niños, muy a menudo, sin embargo, ellos nos refieren dolores anteriores o existentes todavía en los lados del tórax, en el hipocondrio, en la espalda, junto a la región vertebral, o aún también al nivel del hombro. La intensidad del dolor, en la hidatidosis pulmonar de la infancia, casi siempre es discreta, y en cuanto a su duración, rara vez es larga y continua.

Importante, desde el punto de vista del diagnóstico, es la relación que se puede establecer entre la

existencia del dolor, por una parte, y el sitio de la hidátide, por otra. Si bien es verdad que por regla general las hidátides grandes y periféricas, y por la participación de la pleura, son o han sido dolorosas y que las hidátides centrales son, por el contrario, indoloras, la observación no obstante, nos ha mostrado a veces excepciones a esa regla; fuera de que algunas hidátides centrales pueden ocasionar dolor por su vecindad con el pericardio, menester es también tener en cuenta — así como algunas intervenciones nos lo han mostrado — que existen casos en los cuales una hidátide pequeña y central ha determinado un proceso pleuro-pulmonar que llega hasta el caso de originar una sínfisis pleural. También la observación muestra a veces hidátides grandes y periféricas en las cuales, contrariamente a la regla, no se encuentra lesiones de la serosa pleural traducidas por las adherencias de sus hojas.

Si, en lo que respecta al dolor, la mayor parte de los enfermos que llegan a nuestra observación no acusan ya ese síntoma, se puede, sin embargo, recorriendo el pasado de los mismos, registrar con mucha frecuencia episodios en los que se presenta ese síntoma, casi siempre coincidiendo con un estado febril. Tales episodios, rotulados como neumonias, pleuresías, congestiones o acaso grippes, es muy posible que en realidad respondan a verdaderas complicaciones de la hidátide, en la que la reacción pleural determinada entonces por un equinococus no diagnosticado, hace creer en la existencia de procesos que en realidad no existen, o que

si existen no son bien interpretados patogénicamente. Es aún en verdaderos ataques de pleuresía aguda, y en los que se produce realmente una reacción pleural febril y dolorosa, que pueden encontrarse en ciertos momentos de la evolución de la hidátide pulmonar. Otro tanto podría decirse de los derrames pleurales que si bien en muchos casos pueden haber sido mal diagnosticados, confundiéndose como tales a la propia hidátide, otras veces, en cambio, han sido comprobados por la punción exploradora, así como también por el acto operatorio mismo.

Es desde el punto de vista del diagnóstico que estos derrames pleurales, si alguna vez pueden originarse, tienen ciertamente una gran importancia. Si bien el diagnóstico de la equinococosis pulmonar cuenta hoy con elementos de juicio tan ponderables que impiden que la presencia de esos derrames pueden cambiarlo o desviarlo, en cambio, antes, cuando la punción era un recurso al cual se acudía con frecuencia, y cuando la radiografía no existía o estaba recién en sus comienzos, la comprobación de un derrame pleural podía inclinar el diagnóstico en otro sentido, pues si la punción retiraba un líquido sero-fibrinoso y no un líquido cristal de roca, la sospecha respecto al equinococus, naturalmente, se desvanecía.

Con motivo de la existencia de un derrame pleural acompañando a una hidátide del pulmón, y por la importancia que, con relación al diagnóstico, puede tener esta complicación, es que deseamos expresar aquí las ideas y opiniones existentes sobre este punto, así como

también lo que nuestra observación nos ha mostrado en la equinococosis hidatídica infantil.

Se ha sostenido por algunos autores que la pleuresía con derrame constituye una manifestación del primer período de la hidatidosis pulmonar, y así, entre nosotros, Herrera Vegas y Cranwell — en su clásica obra — dicen: "a veces la primera manifestación de la hidátide pulmonar es una pleuresía con derrame". Por otra parte si bien en algunos casos se admite la existencia de un derrame pleural, se trata para algunos autores solo de "una enfermedad intercurrente o concomitante de la afección hidatídica" (Escudero), y para otros de una verdadera pleuresía hidatídica (Dévé).

La participación de la pleura en los procesos determinados por la equinococosis pulmonar, es de una comprobación frecuente, por lo que nos muestran nuestras observaciones personales. Desde ya, sin embargo, expresamos que estas manifestaciones pleurales sólo raras veces se exteriorizan bajo la forma de un derrame. Es en la forma de adherencias comprobadas por la intervención quirúrgica que, en buen número de observaciones, se encuentra la demostración de una reacción pleural traducida por la soldadura de las hojas de la serosa. Son especialmente las hidátides grandes y supuradas las que con más frecuencia determinan la sínfisis en cuestión, lo qué no quita, como lo hemos dicho, que ella también se presente en algunos casos de hidátides pequeñas o centrales, supuradas y abiertas. (Observación Nº 67). Ciertas hidátides grandes,

intactas y limpias, pueden aún, excepcionalmente, no determinar adherencias pleurales. Hacemos notar también, a este respecto, que en el acto operatorio pueden, algunas veces, pasar desapercibidas adherencias pleurales establecidas entre las hojas, en puntos distantes del sitio donde se aborda el pulmón para la extracción del parásito, por lo que no debe calcularse la ausencia o presencia de adherencias únicamente por lo que demuestra el acto operatorio.

Si frecuente es encontrar pleuresías secas y adhesivas en la equinococosis hidatídica pulmonar, muy raro es, por el contrario, la observación de pleuresías con derrame. Veamos a este respecto lo que nos han enseñado nuestras observaciones.

Muy excepcionalmente en la hidatidosis pulmonar se observa en la pleura un derrame producido por la presencia de líquido citrino sero-fibrinoso. Estudiando nuestras observaciones nos encontramos que es menester recurrir a veces al pasado de los enfermos para encontrar la mención de un derrame que en el momento del examen y durante el acto operatorio, empero, no se comprueba. Revisando los antecedentes en los pacientes por nosotros examinados hallamos que, si bien en varios de ellos se hace alusión a una pleuresía, únicamente en dos observaciones la punción exploradora en un caso (observación Nº 59) y evacuadora en otra (observación Nº 14) comprobó la existencia de líquido pleural. Si bien en ninguna de nuestras observaciones se posee un estudio analítico del líquido pleural, lo que, seguramente, da motivos para oponer repa-

ros a la naturaleza que se le quisiera dar, no creemos que esos derrames sean concomitantes expresiones de otros procesos, pues, de interpretarse así, también cabría esa interpretación para las adherencias pleurales que con tanta frecuencia se encuentran en la equinococosis pulmonar. Por otra parte, desearíamos advertir que alguna vez la intervención quirúrgica, en algunos casos de hidátides pulmonares que habían determinado adherencias, nos ha mostrado una pequeña cantidad de líquido citrino pleural, no diagnosticable clínicamente, y situado en la pleura por encima o por debajo del lugar donde se habían fijado las hojas de la serosa (1).

Del estudio de nuestras observaciones en la infancia vemos entonces que la pleuresía con derrame es un accidente o complicación que, si se produce con la frecuencia que algunos lo quieren, no se comprueba, sin embargo, muy a menudo. Es muy posible que hoy, que la punción exploradora está muy dejada, pasen sin diagnosticarse, a veces, derrames de poca importancia.

---

(1) Ya en el año 1908, cuando publicamos nuestra tesis de doctorado (Quistes hidatídicos en los Niños) enunciábamos que la pleuresía con derrame podía observarse en algunos casos. Refiriéndonos a esas pleuresías, decíamos en la página 227: "En cambio la pleuresía de vecindad hemos tenido la oportunidad de apreciarla en varios casos".

Uno de ellos en el cual se había diagnosticado el derrame pleural y no el quiste fué punzado con el aspirador de Potain, a objeto de retirar el líquido que se encontraba en poca cantidad. Posteriormente a la operación apareció un hidroneumo-tórax con ruido hidro-aéreo bien claro; más tarde se diagnosticó el quiste, y, al operarlo, se encontró que la aguja del aspirador había establecido una comunicación entre la cavidad determinada por la quística y la cavidad pleural. Estando la primera en comunicación con un bronquio, el aire pasaba de ella a la pleura, de donde no podía salir, pues la misma vesícula se encargaba de formar un neumotórax cerrado".

Fué también en ese mismo trabajo al ocuparnos del valor de la punción

Morquio,—en su trabajo ya varias veces citado,— al estudiar las complicaciones respiratorias de los quistes hidatídicos del pulmón en el niño, dice, refiriéndose a la pleuresía: "La pleuresía se caracteriza por un derrame de mediana intensidad, casi siempre del lado afectado, pero puede también observarse excepcionalmente en el lado opuesto, y ser doble, como lo hemos visto en un caso, en que había un quiste en cada pulmón. Casi siempre se trata de sujetos conocidos en sus antecedentes, y que vienen al médico o al Hospital con un cuadro de pleuresía. Examinado, se comprueba por el examen físico y por la punción exploradora que hay un derrame pleural, y se etiqueta con el diagnóstico correspondiente. Sin embargo, esta pleuresía oculta un quiste hidatídico que es generalmente el causante; esto ocurre particularmente en los quistes de la base, que son los más frecuentes, y se comprende todas las dificultades para llegar al diagnóstico exacto, que resulta generalmente una sorpresa.

El derrame se reabsorbe generalmente de una manera expontánea, dejando adherencias que se comprue-

---

exploradora en el diagnóstico de los quistes hidatídicos que, refiriéndonos a un caso de hidatidosis pulmonar, decíamos, (página 162): "Tal es también el de un enfermo con síntomas pulmonares que hacían creer en una pleuresía supurada por lo que se efectúa una primera punción exploradora que llena la jeringa de pus. Una segunda punción efectuada momentos antes de ser operado, nos da salida a un líquido citrino idéntico al obtenido en las pleuresías serosas. Para resolver las divergencias habidas entre las dos punciones se decide efectuar una tercera punción, y con gran asombro la jeringa se llena de un líquido claro, cristal de roca, igual al suministrado por los quistes hidatídicos. La radiografía y la intervención resolvieron la cuestión, la primera demostrando una sombra circunscripta y redonda, lo que no dejaba dudas de que se trataba de una hidátide, y la segunda extirpando esa hidátide, encontrando pus en la bolsa quística y descubriendo una pleuresía serosa de vecindad".

Referente a estas dos observaciones mencionadas en la tesis debemos agregar que ellas no forman parte de la estadística que hoy presentamos en este trabajo.

ban muchas veces en el acto operatorio. Es muy posible también que el dolor intercostal que se observa en muchos casos responda a episodios pleuríticos que han pasado desapercibidos.

La pleuresía es casi siempre sero-fibrinosa, generalmente a polinucleares; excepcionalmente puede ser purulenta".

Creemos muy posible que los pequeños derrames pleurales en la equinococosis hidatídica pulmonar, en rigor, no deben ser tan raros como parecería deducirse del estudio de nuestras observaciones. Es muy probable que esas colecciones se reabsorban expontáneamente sin que su cantidad llegue a adquirir la intensidad suficiente para ser diagnosticada y para "ocultar a un quiste hidatídico". (1) Es muy probable también que hoy, que los quistes hidatídicos del pulmón se diagnostican casi exclusivamente por la radiografía y no por la punción, esos pequeños derrames no sean diagnosticados con la frecuencia que lo eran antes. Y muy posible aún es, por lo tanto, que aquellos observadores que no tienen inconveniente en punzar los quistes hidatídicos del pulmón hayan, con más frecuencia que otros, reconocido a esos pequeños derrames de la pleura. Por lo que a nosotros respecta, podemos expresar que la pleuresía sero-fibrinosa la hemos observado raras

1) En nuestra estadística — y debido a la gentileza de nuestro distinguido colega Dr. Alfredo Casaubon — va incluída una observación (observación N.º 63) muy interesante desde este punto de vista. Se trata de un niño que, con posterioridad a un sarampión, acusa un derrame pleural, de naturaleza muy probablemente hidatídico, y en el que la radiografía, a la vez que se va reabsorbiendo el derrame, acusa la sombra característica de una hidátide pulmonar que luego la intervención quirúrgica confirma.

veces, quizá como consecuencia de lo poco que hemos utilizado, con fin de diagnóstico, la punción exploradora.

Un punto importante en el estudio de estas pleuresías comprobadas en los enfermos portadores de hidátides en el pulmón, es el que concierne a la naturaleza misma del derrame pleural. Escudero, con motivo de este punto, dice: "Sería de preguntarse si existe realmente una pleuresía hidática con derrame, y si la presencia del parásito en el pulmón podría traer un proceso pleural de su dependencia y con caracteres histológicos que le fuesen propios. No hemos encontrado en la literatura hidática una sola observación clínica en favor de la afirmativa; no sucede lo mismo sobre el terreno experimental". Más adelante, después de analizar una célebre observación de Dévé, experimental, termina Escudero considerando a las pleuresías con derrame aparecidas en la evolución de la equinococosis pulmonar como "una enfermedad intercurrente o concomitante a la afección hidática".

En oposición a esta manera de interpretar esos derrames pleurales, se puede colocar la opinión según la cual habría una verdadera pleuresía hidática. Como fundamento a esta opinión se recuerda siempre una interesante observación experimental llevada a cabo por Dévé. (1) Haciendo ingerir a un mono una gran cantidad de anillos de tenia equinococus, obtuvo Dévé una gran generalización de hidátides en ese animal,

1) F. Dévé. Echynococcose primitive experimentale. Pleuresie hydatique Compte rendus des séances de la Societé de Biologie, Mai 1928.

cuya autopsia, efectuada al cabo de 193 días, demostró hidátides múltiples del abdomen (hígado, bazo, riñón, peritoneo), así como también una múltiple hidatización de los pulmones (36 hidátides en el pulmón derecho, y 32 hidátides en el pulmón izquierdo). Un estudio del derrame sero-fibrinoso encontrado en ambas pleuras, abundante en el lado derecho y escaso en el lado izquierdo, lleva a Dévé a la conclusión de que se trata de una verdadera pleuresía hidática; en efecto, su naturaleza no tuberculosa ni imputable a otros microbios patógenos, demostrado esto por la inyección a un cobayo, así como al estudio citológico del líquido pleural dando una eosinofilia de 59,4%, y a esto agregado un estudio histológico del pulmón y de la pleura vecina que demuestran la integridad del órgano y la presencia de numerosos eosinófilos, tanto en el tejido celular subpleural como en el retículo de las falsas membranas fibrinosas, naturalmente, dieron pié para hablar de una verdadera pleuresía hidatídica.

Si es verdad que las excepcionales condiciones del caso experimental de Dévé nunca se ven reproducidas en las observaciones clínicas humanas de equinococosis hidatídica pulmonar, y si es cierto, por otra parte, que los estudios efectuados sobre la naturaleza de los derrames pleurales en las hidátides del pulmón son todavía insuficientes, no es esto, sin embargo, un motivo para rechazar las pleuresías hidatídicas y para aceptar, en cambio, que dichas pleuresías constituyen otra enfermedad intercurrente o concomitante de la afección hidatídica; para ello sería necesario también de-

mostrar esa otra naturaleza independiente de la naturaleza equinococócica. Si bien hoy todavía son indispensables estudios más completos y profundos sobre este punto, lo cierto es que los derrames pleurales, diagnosticados o no, se presentan algunas veces acompañando a la hidátide pulmonar, siendo de presumir, mientras no se demuestre otra etiología, que ellos son originados por una reacción particular del parásito.

¿El estado general de los enfermos portadores de hidátides pulmonares — niños en nuestro caso — puede constituir un elemento de juicio, por su alteración o intangibilidad, en el diagnóstico de la enfermedad? Ante todo, recurramos a las opiniones vertidas al respecto y luego opinemos según lo que nos han enseñado nuestras observaciones.

Desde ya declaremos que no hemos encontrado uniformidad de opinión y criterio en los autores; en efecto, mientras que para algunos la hidatidosis pulmonar puede, desde los primeros meses de su iniciación, originar evidentes desmedros en el estado general del enfermo, para otros, en cambio, el buen estado general sería la norma en la equinococosis pulmonar. Así vemos que mientras Dieulafoy (1) dice: "Desde los primeros meses de su formación la hidátide pulmonar puede causar síntomas generales, pérdidas de fuerzas, anorexia, adelgazamiento", otros, a la inversa, hacen contrastar el buen estado general con la serie de manifestaciones pulmonares originadas por la en-

(1) Dieulafoy. Manuel de Pathologie interne. Tomo 1°, página 362, 1998.

fermedad, y así vemos que para Behr (1), en los países donde la hidatidosis intra-torácica domina, "todo individuo que tose y tiene hemóptisis, conservando una *salud bastante buena,* padece probablemente de una hidátide pulmonar. Si el examen permite percibir una zona de macicez con silencio respiratorio, y si existe en este mismo punto un abovedamiento y disminución de los movimientos respiratorios, un médico de Victoria no dudará, y la punción confirmará su diagnóstico".

También Escudero (1) en cierto pasaje de su libro expresa: "Las hidátides se presentan en individuos cuyo estado *general queda perfecto;* cuando ellos adelgazan es siempre posible descubrir la causa en su moral; ellos tienen miedo de ser tuberculosos". Morquio (1), muy autorizada opinión en lo que se refiere, especialmente, a la equinococosis pulmonar en la infancia, también se expresa en un análogo sentido cuando al tratar el diagnóstico, y después de ciertas consideraciones, nos dice: "Si las manifestaciones clínicas que presenta, caracterizando un estado pulmonar, son unilaterales, *coincidiendo con un buen estado general,* se llega a la convicción de ese diagnóstico".

Como se deduce de las opiniones citadas, el estado general de los enfermos portadores de una equinococosis pulmonar puede, según Dieulafoy, desde los primeros meses verse alterado por la anorexia, por el adel-

(1) Behr. Des kystes hydatiques du poumon. Thése París 1895.
(2) Escudero. Kystes hydatiques du poumon. Página 119.
(3) Morquio. Quiste hidatídico del pulmón en el niño. Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. Año 1920. Página 158.

gazamiento y por la pérdida de fuerzas. Inútil nos parece rebatir con nuestras observaciones de hidatidosis pulmonar, como también con cualesquiera otras, la manera de pensar del célebre clínico francés; fuera de que es muy difícil, e imposible a veces, calcular cuales son los primeros meses de la vida del parásito, sobran las observaciones que demuestran lo contrario, siendo de notar aquellas en las cuales la presencia de una hidátide pulmonar, en un sujeto con estado general perfecto, es solo la revelación de una radiografía. Como se deduce también de las otras opiniones citadas, el buen estado general de los enfermos, en la hidatidosis pulmonar, constituye un elemento de juicio para la confección y decisión del diagnóstico. Confesaremos que, por nuestra parte, tampoco nos adherimos a esa opinión, puesto que la observación nos enseña que no siempre los acontecimientos se presentan así. Veamos entonces nuestra manera de considerar la cuestión, basada ella en lo que nos han mostrado observaciones numerosas de hidatidosis pulmonar infantil.

No es posible, seguramente, en la equinococosis del pulmón, dejar de ver las relaciones que el estado general del sujeto guarda con el estado del parásito, o lo que es lo mismo con el estado, grado y modalidad de la enfermedad; siendo que la equinococosis localizada en el pulmón está sujeta, en su evolución, a accidentes y complicaciones que necesariamente repercuten sobre el órgano y sobre el organismo, el estado local y general del enfermo está subordinado, en una gran medida, a esos accidentes y a esas complicaciones producidas por el parásito invasor.

En el afán de encontrar antítesis para la confección del diagnóstico, ciertos autores, sin entrar en mayores consideraciones, reputan bueno al estado general de los portadores de hidátides pulmonares, deseando con esto, quizá, establecer un elemento para el diagnóstico diferencial con la tuberculosis del pulmón. Si bien, en principio, debiera ser así, a menudo, sin embargo, la práctica se encarga de demostrar que la fórmula establecida no es tan firme como para impedir muy frecuentes excepciones. Si es verdad que en muchos casos silenciosas hidátides se desenvuelven en medio de un florido e impecable estado general, justo es también reconocer que en otros la equinococosis pulmonar ocasiona una serie de trastornos que, repercutiendo en ese mismo estado general, colocan al enfermo en condiciones similares a las determinadas por los padecimientos graves del pulmón. Si es exacto que una hidátide, de tamaño discreto, alojada en la base del pulmón, limpia e intacta, no produce la más mínima falla en el estado general, exacto es también que un pioneumo-quiste pulmonar coloca al portador en pésimas condiciones traducidas por un estado general en el que la anorexia, la pérdida de fuerzas, el enflaquecimiento, la fiebre, dan lugar a un cuadro caquectizante análogo al que puede originar una grave tuberculosis pulmonar.

La inspección visual del tórax puede, en la hidatidosis pulmonar de la infancia, en algunos casos, ofrecer ciertas particularidades que cooperan en la confección del diagnóstico. Como ya lo dijimos, tratando

la sintomatología, la menor capacidad y la menor resistencia de la caja toráxica infantil, así como la mayor elasticidad de las costillas, hace que, en condiciones iguales, las deformaciones toráxicas sean más frecuentes y más intensas en la infancia que en la edad adulta. Naturalmente que para que estas deformaciones se originen es menester que la hidátide intra-toráxica reuna ciertas condiciones de tamaño y de situación, siendo, como es natural, las hidátides grandes y periféricas las que más se prestan para ello.

Desde el punto de vista del diagnóstico, empero, es necesario no dar a las deformaciones del tórax mayor importancia que la que realmente tienen; fuera de que la facilidad deformativa en el niño también vale para otras afecciones, la observación nos muestra aún, y con harta frecuencia, hidátides grandes del pulmón que no se traducen por deformaciones apreciables del tórax. Esto no obstante, pueden verse abovedamientos costales, difusos o parciales, en la parte inferior, mediana o superior de la caja, correspondiente a hidátides desarrolladas en la base, en el medio o en el vértice del pulmón. El diagnóstico, en estos casos, al encontrar esas deformaciones, debe ir hasta demostrar que ellas responden a una colección o tumor intra-toráxico, y no a lesiones de la pared de la caja misma, como ocurre con alguna frecuencia en los niños raquíticos, y en las lesiones costales tuberculosas con sus correspondientes abscesos fríos. No está demás también recordar que esas deformaciones, difusas o circunscritas, pueden ser la consecuencia de otro proceso intra-toráxico, como

es el caso en los derrames pleurales, en las pleuresías interlobares, en la pleuresía colestearínica, así como también en los sarcomas del pulmón y en las grandes adenopatías traqueo-brónquicas.

A los fines del diagnóstico, útil nos parece también agregar aquí algunas consideraciones que la práctica muestra en la hidatidosis pulmonar y en lo que se relaciona con las deformaciones toráxicas.

Como dijimos, las deformaciones originadas por las hidátides del pulmón pueden ser circunscritas o difusas; las primeras se observan sobre todo como consecuencia de algunas hidátides del vértice y se traducen en la parte superior y anterior del tórax (fotografía Nº 9); las segundas corresponden a hidátides medio-pulmonares o de la base, y se manifiestan por un abovedamiento general de la región (fotografías Nº 1, 2 y 3). Digno de tener presente — ya que la deformación corresponde al pulmón ocupado por la hidátide — son aquellos casos de equinococosis hidatídica múltiple donde dos o más hidátides desenvueltas en uno o en los dos pulmones pueden, en rigor, originar deformaciones complejas de la caja toráxica.

Las hidátides grandes de la base, y aún algunas medio-pulmonares, apenas si producen deformaciones difusas en la parte inferior de la caja toráxica; en este sitio cabe diferenciar esas deformaciones con las originadas por las hidátides hepáticas de evolución o crecimiento superior.

Las grandes deformaciones toráxicas inferiores, y especialmente las situadas en el lado derecho, abar-

cando también el hipocondrio, son motivadas siempre por hidátides hepáticas y no por hidátides pulmonares (fotografías N° 8, 10, 11 y 12); las hidátides de la base del pulmón nunca llegan a producir deformaciones tan marcadas, siendo de interés práctico esta constancia, por cuanto muchas veces se trata de diferenciar una hidátide pulmonar de base, no dando aún sintomatología funcional, de una hidátide de la cara convexa del hígado y con crecimiento francamente toráxico. Como muy bien se nota en las radiografías, es especialmente en las hidátides superiores hepáticas donde las costillas ensanchan considerablemente su arco con la consiguiente deformación costal provocada por una hidátide, aunque grande, ubicada en la base del pulmón. Importante es retener esta constancia cuando se trata, como hemos dicho, de diferenciar una equinococosis pulmonar de una de aquellas hidátides hepáticas con evolución superior que rechazan el pulmón, y que, si bien tienen un origen y situación subdiafragmática, complican, sin embargo, a veces, el aparato pulmonar.

Fué ya en un trabajo anterior (1), y que publicamos en colaboración con el Dr. Alberto Lagos García, que hicimos notar, parangonando, el muy reducido poder deformante de la pared toráxica en las hidátides pulmonares de la base, en oposición a la gran deformación que originaban las hidátides de la cara superior del hígado. Transcribimos aquí los párrafos

(1) *La Semana Médica*, N.° 1774. Enero 12, Año 1928.

pertinentes. Sin mayores preámbulos, manifestaremos que nuestra opinión se expresa a favor del manifiesto poder deformante de las hidátides en cuestión hasta el punto de sostener que cuando en la pared abdómino-toráxica correspondiente a la zona hépato-pulmonar existe una deformación apreciable, se puede ya, sospechando la hidatidosis equinocóccica, diagnosticar la localización hepática y excluír casi en absoluto la localización pulmonar.

Las deformaciones de la base del tórax en la hidatidosis hepática con evolución superior, son, realmente, en algunos casos, bien impresionantes. En la infancia, donde las costillas se prestan más a la deformación, se ven, con frecuencia, en esta variedad de localización, las mayores desviaciones que nos ofrece la patología de las afecciones del tórax. Veamos en qué forma se presentan y de qué manera se originan.

Ante todo, y estableciendo con esto un parangón entre el hígado y el pulmón, debemos reconocer que en condiciones iguales de ocupación por un tumor — la vesícula hidatídica en este caso — más motivo tiene la glándula hepática que el pulmón para exteriorizar al través de la pared la presencia del intruso que la ocupa. La diferente constitución histológica de ambos órganos explica suficientemente el caso, y así, mientras que el pulmón puede, por la simple atelectasia, reducir su tamaño, el hígado, en cambio, no goza de esa compresibilidad. Ante el desarrollo de un tumor que necesariamente tiene que aumentar su masa, el hígado, mucho más que el pulmón, tiene forzosamente que impresio-

nar a la base de la caja toráxica que le envuelve. Por otra parte, la esfera de acción de esa fuerza interna de expansión originada por la hidátide, encuentra alrededor del hígado, y especialmente por delante y por el costado, una pared más fácilmente deformable, dado que las falsas costillas, y aún las flotantes por deficiente fijeza anterior, no pueden oponer la resistencia de las costillas superiores.

Las hidátides desarrolladas en la cara convexa del hígado, si bien siguen un crecimiento o evolución toráxicos, es decir ascendente, con lo que ponen a prueba la compresibilidad pulmonar, también pueden, como por contragolpe, descender ellas mismas al lóbulo hepático que les sirve de asiento, rechazar el corazón hacia la izquierda, y deformar visiblemente la base del tórax, empujando hacia adelante y hacia afuera los arcos costales (fotografía Nº 8). Y todo esto sin que la otra mitad del tórax muestre deformación alguna de importancia.

En la equinococosis pulmonar de la infancia, la hemóptisis tiene indiscutiblemente un gran valor en la confección del diagnóstico. La clínica infantil, en los países donde azota la equinococosis, sabe, por cierto, toda la importancia que es menester atribuir a la hemóptisis como manifestación de la hidatidosis pulmonar. Nosotros, bien compenetrados de ello, no hacemos sinó adherirnos a quienes ya se expresaron en ese sentido.

Sin entrar en la descripción de las distintas formas de hemóptisis hidatídicas, dado de que ellas ya

nos ocuparon al tratar la sintomatología, deseamos, sin embargo, recalcar aquí su extraordinario valor diagnóstico.

Morquio nos ha dicho, refiriéndose a las hemóptisis hidatídicas en los niños: "Es sabido lo que representa la hemóptisis en la patología del adulto, en sus relaciones con la tuberculosis pulmonar; tuberculosis y hemóptisis son dos hechos que van frecuentemente unidos. Pues bien: en el niño la hemóptisis no figura, o figura de una manera excepcional, como síntoma de tuberculosis pulmonar. Esto es verdad para todas las edades del niño. No es que no haya en el niño tuberculosis pulmonar; por el contrario, las hay muy frecuentemente, con sus formas agudas, subagudas y crónicas, con sus infiltraciones generalizadas y con su tendencia destructiva y ulcerosa; las cavernas son bastante frecuentes en todas las edades, hasta en los niños de pocos meses de edad; sin embargo, la hemóptisis sólo figura en algunos pocos casos de los centenares que observamos".

"Es precisamente esta circunstancia, unida a la frecuencia de la hemóptisis en el quiste hidático, lo que determina en muchos casos nuestro criterio clínico. Ya hemos citado un ejemplo donde el cuadro parecía corresponder a un proceso de tuberculosis, y así se le había considerado con todas las apariencias de razón; pero la existencia de hemóptisis nos hizo pensar en el quiste hidatídico, tratándose de un sujeto que venía del campo, lo cual se confirmó con una punción exploradora, esencialmente imposible de otra manera, y una

intervención quirúrgica oportuna salvó la vida de este enfermo".

"De manera, pues, que en clínica infantil la hemóptisis es sinónimo, o por lo menos, un signo muy probable, de quiste hidático del pulmón. Este tiene mucho valor, para países afectados por la enfermedad hidática como el nuestro" (1).

Tal cual como queda expresado en las líneas transcritas la importancia de la hemóptisis, en clínica infantil, es muy grande y de valor decisivo cuando se confecciona el diagnóstico de la hidatidosis pulmonar; si bien esa importancia ha disminuído en estos últimos de los Rayos X — certeros delatadores de las hidátides pulmonares — antes y aún ahora, si el diagnóstico se establece sin intervención de la radiografía, la hemóptisis infantil constituye siempre uno de los elementos más sugestivos.

La extrema rareza de la hemóptisis en los niños tuberculosos, y su frecuencia, por el contrario, en los portadores de hidátides pulmonares hacen de ella uno de los elementos de más valía en la confección del diagnóstico. Nosotros reputamos tan grande su importancia, que no trepidaríamos en afirmar — estableciendo el consiguiente parangón — que el pañuelo o salivera, con una bocanada de sangre pulmonar, tiene en el niño, con respecto a una equinococosis pulmonar, todas las probabilidades que el pañal con sangre, tiene en el mamón, frente a la invaginación intestinal.

---

(1) Morquio. Quiste hidático del pulmón. Conferencia realizada en la Facultad de Medicina de Río Janeiro. Septiembre 1920. Anales de la Facultad de Medicina de Medicina de Montevideo. 1921. Páginas 159 y 160.

La hemóptisis en la equinococosis pulmonar de la infancia, no solamente guarda un gran valor diagnóstico, sinó que también en muchos casos constituye uno de los primeros síntomas de la afección, y a veces el único advertido. No nos extrañemos, pues, dado lo que nos enseña la práctica, de que las hemóptisis en la hidatidosis pulmonar hayan sido consideradas como "el gran síntoma" y aún como "el signo precursor" de la afección.

Es con respecto a la época de la aparición de las hemóptisis, así como a las circunstancias que en ellas se originan, que deseamos emitir algunas consideraciones, basándonos en lo que la observación nos ha enseñado.

Sabemos que algunos autores, y principalmente Dieulafoy, han distinguido dos clases de hemóptisis en la hidatidosis pulmonar, llamándolas hemóptisis precoces y hemóptisis tardías; las precoces, según el eminente clínico, serían aquellas que tanto en la equinococosis como en otras afecciones pulmonares sobrevienen a título de signo precursor, constituyendo, por su esencia y significación, un primer "grito de revuelta" del pulmón frente al invasor, o también, como tan gráficamente lo expresa, una "eyaculación sanguínea" mediante la cual el pulmón trataría de desembarazarse de su adversario; las hemóptisis tardías serían — también en opinión de Dieulafoy — aquellas otras que anuncian, acompañan o siguen la ruptura de la hidátide, aquellas que, de permitírsenos la expresión, podríamos llamar la hemóptisis del desalojo.

La división establecida por Dieulafoy no se ajusta, en nuestra opinión, con aquello que muestra la observación. De ella parecería deducirse que hay en la evolución de las hidátides pulmonares un lapso de tiempo durante el cual la sangre pulmonar no figura en la sintomatología de la afección, lo cual no está, por cierto, de acuerdo con lo que la observación enseña. Tal clasificación es bien artificial, y no tiene un valor que no sea teórico. Es con justicia que, refiriéndose a ella, Escudero dice: "Nosotros creemos que esa división no responde a hechos de observación y no tiene razón de ser".

Vale la pena, ciertamente, detenernos en el estudio de las hemóptisis hidatídicas consideradas desde el punto de vista de la época de su aparición.

Ante todo es de formularse una pregunta: ¿la observación en los enfermos de equinococosis pulmonar, únicamente nos muestra hemóptisis precoces y hemóptisis tardías? Previamente a la respuesta caben algunas consideraciones sobre lo que desde ya podríamos llamar valor de advertencia de un síntoma.

La hemóptisis, sin duda alguna, constituye por lo desagradable y temida, tanto para el paciente como para quienes le rodean, uno de los síntomas más intensamente advertidos. Por esta sola razón basta para que ella marque fecha en cualquiera afección pulmonar, y para que siempre sea notada en su primera manifestación. Desde este punto de vista la hemóptisis tiene motivos para ser advertida y denunciada antes que otros síntomas — dolor vago, tos, expectoración lige-

ra — que también pueden presentarse en los primeros períodos de la enfermedad. Como muy bien lo expresa Escudero, la hemóptisis "es el síntoma que impresiona más a los enfermos y que los lleva a recurrir a la ciencia". Naturalmente que si estas consideraciones son justas en la clínica de adultos lo son más especialmente todavía en la clínica infantil, donde la hemóptisis, por su extrema rareza, constituye realmente un acontecimiento extraordinario comparado sobre todo con aquellos otros síntomas que inicialmente pueden también delatar la presencia de una hidátide del pulmón. La consecuencia de todo esto es entonces que, a la precocidad que puedan tener las hemóptisis, va unida también su fácil advertencia.

¿La hemóptisis en la equinococosis pulmonar, es realmente un síntoma precoz? ¿Esa precocidad es relativa o absoluta? Veamos lo que se ha expresado al respecto.

Es Dieulafoy quien estudiando e interpretando las hemóptisis precoces en la equinococosis pulmonar nos ha dicho: "Compulsando las observaciones, vemos que las hemóptisis pueden adelantarse a los otros signos y sobrevenir a título de signo precursor. Yo pienso que el embrión exacanto puede llegar a ser, desde su fijación en el pulmón una causa de hemóptisis; yo creo que las hemóptisis pueden repetirse, mientras que el quiste hidático, del todo en su principio, no tiene sino las dimensiones de una cabeza de alfiler, de una lenteja, de una avellana, y ellas pueden continuar produciéndose durante la evolución del quiste hidático antes de

su ruptura. Tales son las hemóptisis precoces. Se comprende que es esencial conocerlas bien'' (1).

Es en abierta oposición con las ideas vertidas por Dieulafoy, que otros autores estiman la época de aparición de las hemóptisis en la equinococosis hidatídica pulmonar. Vemos así, entre nosotros, que Escudero nos dice al ocuparse del asunto en su importante obra y refiriéndose a la hemóptisis: ''Ella aparece cuando el tumor hidático ha adquirido una dimensión superior a aquella de una naranja (en muy raras ocasiones nosotros hemos observado hemóptisis en pequeños quistes) y una vez comenzada, su repetición es posible mientras el quiste queda intacto''. Más adelante el mismo autor nos agrega: ''Cuando el quiste ha llegado a un cierto volumen, las hemóptisis pueden aparecer todo el tiempo que el tumor queda intacto en los pulmones. El mismo eminente clínico francés (refiriéndose a Dieulafoy) llama *hemóptisis de defensa* aquellas que aparecen en el comienzo de la enfermedad, y él hace jugar al pulmón un rol activo, como si éste quisiera por este medio desembarazarse del quiste. Todo esto es erróneo. En presencia del quiste, el pulmón no llena sinó un rol pasivo; él no se defiende, él se adapta a las nuevas condiciones, no haciendo en esto sinó conformarse con una ley biológica general.

Por otra parte, las hemóptisis no aparecen *jamás* al *principio* de la enfermedad, sinó únicamente cuando la hidátide ha alcanzado el tamaño de una manda-

(1) Dieulafoy. Manuel de Pathologie interne. Année 1904. Páginas 401 y 402.

rina, lo que exige, así como nosotros lo hemos visto, más de dos años a partir del momento de la infección.

Como vemos, en las opiniones encontradas que hemos citado, si bien se admite, en ambas, que la hemóptisis constituye un síntoma frecuente en la equinococosis pulmonar, no ocurre lo propio en lo que se refiere a la época de aparición del síntoma, pues, mientras que Dieulafoy lo cree posible ya desde que el embrión hexacanto se fija en el pulmón, o desde que la vesícula tiene solo el minúsculo tamaño de una cabeza de alfiler, Escudero, en cambio, exige para ello que la hidátide alcance el volumen de una naranja o por lo menos de una mandarina, para lo cual, traducido esto en tiempo, él estima que es necesario un período de dos años, aproximadamente, a partir del momento de la infección. Puestos en el caso de optar entre estas dos autorizadas opiniones, nos decidimos seguramente por la del autor argentino.

Es recurriendo a lo que diariamente nos enseña la observación clínica que podemos asegurar que la práctica no está de acuerdo con la teórica existencia de esas precosísimas hemóptisis a que aludió Dieulafoy. En efecto, si consultamos en ese sentido a nuestras observaciones, vemos siempre que las primeras hemóptisis se originan cuando las hidátides tenían ya o debían tener tamaños clínicamente ponderables o, por lo menos, el suficiente grosor para ser ya apreciadas radiográficamente. Cada vez que la hemóptisis, en nuestros casos, ha sugerido por sí sola, y en ausencia de otros signos, la posibilidad de alguna hidátide pul-

monar, la radiografía nos ha mostrado ya, grande o pequeño, al equinococus en su estado vesicular; esta constancia aboga por cierto en favor de la precocidad sintomática de la hemóptisis, desde el momento en que hasta entonces ningún otro síntoma delataba a la afección; pero ella misma está en pugna con esas pretendidas hemóptisis iniciales a que se ha aludido, pues de ser exacta tal existencia, en la clínica asistiríamos, muchas veces, a hemóptisis que aparentemente esenciales o sin causa, en un principio, más tarde se revelarían, sin embargo, clínica y radiográficamente, como sintomáticas de una equinococosis pulmonar, ahora evidente pero antes latente. Si las hemóptisis sobrevinieran en ese período inicial de que nos habla Dieulafoy, la observación tendría que mostrarnos, de tanto en tanto, enfermos padeciendo de vómitos de sangre y cuya naturaleza sería una incógnita, hasta tanto el tumor hidatídico no alcanzase el tamaño requerido para con su característica mancha impresionar la imagen radiográfica pulmonar. Tales enfermos, entre nosotros, donde la equinococosis es bastante frecuente, y donde la clínica del pulmón tanto la ayudamos con las luces de los Rayos, ciertamente no se presentan.

El Laboratorio, con absoluta certeza en algunos casos o con relativa probabilidad en otros, contribuye asimismo en la confección del diagnóstico de la equinococosis pulmonar. Fuera aún de las fórmulas leucocitarias, el Laboratorio puede también suministrarnos, por la investigación microscópica, la naturaleza espe-

cífica de la efección — membrana hidatídica, escolex o ganchos — visualizando, por lo tanto, al verdadero cuerpo del delito. Y añadamos a esto, todavía, la serie de reacciones biológicas que, con carácter específico, se efectúan a fin de identificar la equinococosis hidatídica.

Conocida es — y ya de ella nos ocupamos al estudiar la sintomatología — la modalidad que en la fórmula leucocitaria puede imponer, entre otras afecciones, la equinococosis. Pero la eosinofilia sanguínea hidatídica, fuera de que está muy distante de ser específica, tiene por otra parte muy reducida importancia en el diagnóstico de la equinococosis pulmonar, no sirviendo, por cierto, para decidir una situación, sinó solo para reforzar las probabilidades en aquellos casos donde nada hay categórico o certero.

Si, ajustándonos a nuestras observaciones, tratamos de deducir el valor diagnóstico de la eosinofilia en la equinococosis hidatídica pulmonar de la infancia, vemos que, según los análisis ella se presenta (2% de eosinófilos o más) en solo el 35% de los casos observados. Esta proporción no autoriza para calificar de constante a esta reacción hemoleucocitaria y para, por lo tanto, asignarle mucha importancia en el diagnóstico. Su valor, como síntoma, se reduce aun más si se considera que la eosinofilia puede también ser despertada, entre otras afecciones, por la existencia de parásitos intestinales (oxiuros, ascárides, tenias, tricocéfalos) cuya concurrencia es bien frecuente en los niños.

La poca o nula importancia de la eosinofilia en el

diagnóstico de la equinococosis pulmonar es, por otra parte, declarada ya por quienes se han ocupado del asunto. Así, entre nosotros, Escudero nos dice, refiriéndose a ella: "Si la eosinofilia tiene importancia en la equinococosis en general, ella tiene mucho menos en el caso especial de la localización pulmonar. En primer lugar es necesario eliminar todas las numerosas causas que nosotros hemos enumerado, capaces de traer la acidofilia; existen por otra parte muchos otros elementos de diagnóstico más rápidos y más seguros. Nosotros creemos, pues, que la eosinofilia es un síntoma de importancia secundaria en la hidatidosis pulmonar. Esto parecerá extraño a muchos, vista la importancia que ellos le atribuyen, pero es así en la realidad de la práctica. Igualmente Morquio, y refiriéndose en esto a la importancia de la eosinofilia en la equinococosis hidatídica pulmonar infantil, nos ha dicho: "En el quiste hidatídico del pulmón es casi siempre negativa, siempre que no coincida con el quiste hidatídico del hígado, en cuyo caso puede resultar positiva". Pero aún en estos últimos casos a que se refiere el autor uruguayo — hidatidosis hépato-pulmonar — podríamos, por nuestra parte, agregar que tampoco la eosinofilia se muestra constante, pues, por las observaciones que poseemos, esta reacción sanguínea sólo se presenta en el 30% de los niños portadores de hidátides en el pulmón y en el hígado concomitantemente.

Es por el estudio microscópico de los productos expectorados que se puede, en ciertos casos, demostrar palpablemente la naturaleza equinocóccica de la afec-

ción pulmonar que se trata de diagnosticar. Naturalmente que esto solo reza para aquellos casos en que el parásito, perdiendo su integridad, se convierte en un producto de expectoración; si bien lógico es que esto siempre sea así, creemos también que excepcionalmente se puede en las sustancias expectoradas encontrar pequeños trozos o capas cuticulares de la membrana parasitaria, sin que por esto la vesícula se haya roto y desorganizado. Como ya lo hemos expresado, son estos raros casos en los cuales, a primera vista, parece presentarse cierta incongruencia entre el estado de la hidátide pulmonar — intacta y limpia — y los datos suministrados por la amannesis, según los cuales hay derecho a sospechar que la vesícula se ha roto y expulsado, en parte, por vómica.

Es entonces por el estudio microscópico de las membranas arrojadas por la expectoración que el laboratorio puede certificarnos su verdadera naturaleza. La membrana cuticular, anhista y con finas estratificaciones refringentes, es realmente inconfundible, y sólo corresponde a la estructura y estado vesicular de la equinococosis. Agreguemos a esto — y ya como de más dominio del Laboratorio — la búsqueda de los scolex o de los ganchos, característicos elementos también que bastan para certificar la naturaleza de la afección.

¿Cuál es la importancia práctica, que a los fines del diagnóstico tiene la investigación de estos elementos en la equinococosis pulmonar de la infancia? Deseamos, con este motivo, expresar lo que la observación de nuestros enfermos nos ha mostrado al respecto.

La comprobación histológica de una membrana hidatídica, de un scolex o de ganchos en las sustancias expectoradas, certifica, sin apelación, la esencia o naturaleza del mal, y con raras excepciones, certifica el diagnóstico de una equinococosis pulmonar; pero si todo esto es cierto, cierto es también que la ausencia de esos elementos en los productos expectorados, no excluye en absoluto ni mucho menos, la existencia de una equinococosis desarrollada en el pulmón.

Es a propósito de la presencia de elementos equinocóccicos eliminados por expectoración, que debemos una vez más hacer la salvedad de que ellos no siempre indican la existencia de una hidatidosis con sede en el aparato respiratorio; casos se observan donde si bien la eliminación se ha efectuado por el aparato respiratorio, la equinococosis, sin embargo, se había desarrollado en la cara convexa superior del hígado.

Es también al Laboratorio a quien le incumbe, en ciertos casos, estudiar los elementos hidatídicos exteriorizados por la expectoración, especificar si se trata de un trozo o trozos de membrana o si, en realidad, se trata de una pequeña vesícula o vesículas, comparables, como se sabe, a ollejos o uvas secas. Nosotros, dada la opinión que tenemos respecto a la ausencia casi absoluta de vesículas hijas en la hidatidosis equinocóccica pulmonar en la infancia, concedemos una gran importancia a esos datos, y creemos que cuando en la expectoración se descubre una vesícula o vesículas pequeñas, con carácter filial, ellas indican no una equinococosis pulmonar, sinó más bien una equinococosis hepática abierta en el árbol brónquico.

Es aun cuando se trata de determinar el órgano de donde provienen los elementos equinococósicos hallados en la expectoración, que el Laboratorio debe también investigar la presencia de elementos biliares, pues su existencia basta, en algunos casos dudosos, para distinguir una hidátide desenvuelta en la base del pulmón, de otra desarrollada en la cara superior del hígado y en comunicación bronquial.

El líquido contenido en la hidátide, así como los elementos tan característicos que él puede llevar en suspensión, — scolex y ganchos — son en ciertos casos, objeto de estudio para el Laboratorio, quien, reconociéndolos, certifica sobre bases zoológicas la naturaleza de la enfermedad.

Rara vez el líquido hidatídico expectorado conserva aquella pureza original que, con tanta razón, le ha valido el parangón con el agua de roca; fuera de las impurezas que el líquido puede adquirir a consecuencia de su mezcla con la sangre o con las secreciones bronco-traqueales y aún con la saliva, necesario es, también, tener en cuenta que, cuando la hidátide se rompe, en gran número de casos ella ha perdido ya su integridad, invadida por la afección, de manera que su contenido dista ya mucho de poseer aquella cristalinidad que normalmente le corresponde en las hidátides sanas; pero si bien sus propiedades físicas y químicas, bastante alteradas, oponen reparos serios para su identificación, no ocurre lo propio en lo que se refiere a sus propiedades biológicas, y esto en la parte que corresponde a la existencia y persistencia de los ganchos y de los scolex.

En rigor, sería también por el examen de Laboratorio del líquido retirado por una punción capilar, que se podría, y fácilmente, diagnosticar la equinococosis hidatídica pulmonar. Pero, proponer este medio de diagnóstico, equivale a autorizar la punción exploradora. Respecto a esta conducta a seguir en el diagnóstico de la equinococosis del pulmón, bien sabemos que hay autores de nota — Morquio entre ellos — que no oponen mayores reparos al procedimiento y aconsejan "la punción exploradora a base de diagnóstico en los casos indispensables" (1). Naturalmente que para proponer este medio a los fines de obtener, a "outrance", el diagnóstico, se pasa como sobre ascuas, o se reducen a su más mínima expresión todos aquellos graves inconvenientes y peligros a que puede dar lugar la punción exploradora. Sólo dejándose arrastrar por el principio maquiavélico de que "para llegar a un fin todos los medios son buenos", es que nos explicamos que se pueda aconsejar un medio tan peligroso o temerario.

La punción exploradora en el diagnóstico de la equinococosis hidatídica pulmonar, fuera de los inconvenientes serios que ella importa, no tiene, en nuestra opinión, todo ese valor que se ha querido asignarle, hasta el punto de considerarla como infalible. En nuestra práctica, reuniendo siempre todos los elementos de juicio, hemos llegado habitualmente a la confección del diagnóstico sin dejarnos tentar por lo que pudiera

(1) Morquio. Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. Página 164.

demostrarnos la punción. Si bien alguna vez hemos presenciado esas atrevidas punciones sin que se produjesen accidentes inmediatos, alguna vez también hemos asistido a alguna escena violenta y angustiosa originada por la ruptura de la hidátide, y que, si bien el enfermo pudo resistirla, nos dejó, sin embargo, la impresión de que la punción es una imprudencia que debe evitarse a toda costa. Tanto en general, cuanto en particular, nosotros repudiamos tal medio de diagnóstico y solo admitimos la punción capilar estando el enfermo en la mesa de operaciones, después de la costotomía, y como una prueba de última instancia no tanto para certificar la naturaleza de la enfermedad, sinó para indicar la dirección y la profundidad que es menester dar al bisturí.

Es precisamente cada vez que en el enfermo se sospecha la presencia de una hidátide íntegra alojada en el seno del pulmón, que las punciones exploradoras deben evitarse; únicamente observando esta sabia conducta es que, personalmente, nos hemos librado siempre de accidentes inmediatos, los que, si bien en algunos casos pueden pasar sin mayores ulterioridades, en otros, bien lo sabemos, han creado situaciones graves, y aún han sido la causa de la muerte. Y no es, al observar esta conducta, que únicamente nos detengamos ante el "fantasma de la ruptura del quiste", sinó que con ella no hacemos más que cumplir con un principio general, hoy, en hidatología, y según el cual las hidátides nunca deben punzarse.

Morquio, buen defensor de la punción exploradora

en el diagnóstico de las hidátides pulmonares, reconoce, sin embargo, los peligros e inconvenientes cuando dice: "Debe tenerse presente que la punción exploradora puede ocasionar la ruptura del quiste con las consecuencias que le siguen. Es este uno de sus inconvenientes, uno de sus peligros, puesto que se señalan casos de muerte".

"Por nuestra parte no tenemos ningún caso de muerte, pero hemos visto provocarse situaciones alarmantes sin mayores consecuencias".

"El mecanismo sería el siguiente: la aguja al atravesar los tejidos, deja beante la comunicación pleuropulmonar donde algunas gotas de líquido hidático pueden pasar del quiste a la pleura, provocando una tos refleja seca, persistente, violenta, que concluye por romper el quiste. Como consecuencia, sobreviene una inundación bronquial, que, mecánicamente, y sobre todo por su carácter irritativo, determina fenómenos asfíxicos que pueden alcanzar los grados más intensos. Se supone también de que en el mecanismo de este cuadro entra en gran parte la acción anafiláctica, y se recomienda para evitar sus consecuencias medidas antianafilácticas, entre las cuales se aconseja actualmente las inyecciones intravenosas de carbonato de soda en solución acuosa, o diluído en suero artificial (1 gr. en 40)".

Pero es el caso, y ajustándonos a la explicación dada por Morquio sobre el mecanismo de la hidátide rota consecutiva a la punción, que fuera aún de los accidentes inmediatos mencionados, menester es también tener presente que no impunemente pueden pasar

algunas gotas de líquido hidatídico a la cavidad pleural, pues, además de la tos ocasionada, puede también ese mismo líquido, con scolex, originar ulteriormente la siembra equinococóccica de la serosa.

A mayor abundamiento de razones para vetar la punción exploradora como medio de diagnóstico en la equinococosis pulmonar, deseamos aún añadir, dentro del orden clínico, algo que surge de la propia anatomía patológica de la hidátide anidada en el pulmón. Cuando una punción exploradora efectuada en el órgano — corriendo el albur — llena la jeringa de un líquido claro cristal de roca, no queda, efectivamente, ninguna duda sobre la naturaleza del tumor líquido que se ha punzado en esa parte del tórax; desde ese punto de vista la punción nos suministra, en pocos segundos, lo que quizá no nos dan todos los otros medios de diagnóstico; únicamente podríamos oponer como reparo que esa misma punción positiva nos la puede dar también una hidátide desarrollada en el mediastino o en la cara superior del hígado, con evolución toráxica o ascendente.

Cuando una punción exploradora practicada en el pulmón no retira el característico líquido hidatídico, en rigor, no se puede por ello negar la existencia de la equinococosis pulmonar. Fuera de que la aguja puede no llegar al contenido líquido de la vesícula y por lo tanto no exteriorizarlo, puede también ocurrir que la hidátide esté supurada, retirándose entonces un líquido purulento en el examen del cual no se obtienen los elementos equinocóccicos característicos; como vemos,

tanto en uno como en otro caso la punción exploradora, a pesar de tratarse de la equincocosis pulmonar, no presenta mayores servicios. A todo esto, agreguemos que hay casos en los que la calidad del líquido retirado por la punción aleja la sospecha de una equinococosis hidatídica que, sin embargo, existe; esto puede acontecer cuando la jeringa aspira un líquido citrino o purulento, maroscópicamente, por cierto, muy diferente del clásico líquido hidatídico. Si bien en el primero de estos casos el examen citológico del líquido puede, por su naturaleza, hacer pensar en una pleuresía hidatídica, en el segundo caso, en cambio, el error puede cometerse al pensar en una pleuresía purulenta enquistada, en un abceso o por lo menos en una hidátide supurada. Y sin embargo, tanto en una como en otra circunstancia, a pesar de la naturaleza de los líquidos obtenidos por la punción exploradora y de la negatividad del líquido cristal de roca, existe una equinococosis hidatídica con vesícula íntegra y a contenido cristalino; la concomitancia de una pleuresía serosa o de una capa de pus dentro de la cavidad quística, pero situada por fuera de la hidátide sana, explican los resultados de esas punciones que aparentemente no corresponden a hidátides. La práctica, alguna vez, nos ha enseñado algún caso de esta naturaleza, por lo que estas consideraciones que emitimos no son de carácter teórico o hipotético.

En los productos obtenidos por expectoración o vómica y no en los obtenidos por la vedada punción, es donde el Laboratorio debe buscar los gérmenes equi-

nocóccicos que certifican la naturaleza de la afección. Seguramente, para que esta búsqueda tenga razón de ser, es necesario que la hidátide no sea acefalocista y que ella vuelque en el árbol bronquial todo o parte de su contenido. Desde ya haremos notar que las vesículas hidatídicas alojadas en el pulmón no son, en nuestra opinión, las más ricas en arenilla quística, lo que en parte ya quita cierta "chance" a su delatación en los productos exteriorizados.

La práctica nos demuestra que en la equinococosis pulmonar el hallazgo de scolex o ganchos en la expectoración no se observa con frecuencia, por lo que esta investigación, como medio de diagnóstico, pierde bastante en su importancia. Consultando las observaciones que reunimos, vemos que esta investigación microscópica se ha efectuado en 12 casos, obteniéndose únicamente 2 resultados positivos; en los 10 casos restantes esos resultados fueron por el contrario negativos.

Si estudiamos con más detención estas observaciones, vemos que de los 12 enfermos en los cuales se recurrió a este medio de diagnóstico, la intervención quirúrgica ulterior demostró que 10 de ellos eran portadores de hidátides supuradas y abiertas, mientras que los 2 restantes poseían vesículas limpias y cerradas, no estando, por lo tanto, en las condiciones requeridas para la exteriorización bronquial de sus gérmenes. Demás está decir, que en los 2 casos en los cuales los resultados de la investigación fué positiva, se trataba de hidátides supuradas y abiertas y con la particula-

ridad en uno de ellos de haberse abierto recientemente (observación Nº 62) y en el otro de haber arrojado en el producto un trozo de membrana hidatídica (observación Nº 34).

Si examinamos aquellas observaciones donde el examen microscópico de los esputos no delató la presencia de ganchos, a pesar de tratarse de hidátides supuradas y abiertas, vemos que en la observación Nº 13 (hidatidosis hépato-pulmonar) se trata de una hidátide, muy probablemente supurada, del vértice izquierdo, que aunque no fué alcanzada por una intervención quirúrgica fué, sin embargo, reconocida en ella; que en la observación Nº 11 se trata de una gran hidátide, a juzgar por la cavidad quística dejada, en la que se encuentran pedazos de membrana y abundante pus; en la observación Nº 30 es el caso de una hidatidosis, probablebente doble, en la que si bien una hidátide fué por la intervención quirúrgica encontrada íntegra, con mucha probabilidad otra se eliminó espontáneamente. La observación Nº 32, es particularmente interesante, pues varios exámenes de los esputos resultaron negativos, no obstante haber tenido una vómica reciente y no obstante que la intervención quirúrgica demostró la presencia de membranas hidatídicas contenidas en una cavidad en comunicación bronquial. En cambio, en la observación Nº 44, si bien se trata de una hidátide supurada de la base, no se descubren signos de ruptura ni comunicación bronquial, quedando la duda sobre la condición indispensable para la exteriorización de ganchos, esto es, la ruptura vesicular. En el enfermo

correspondiente a la observación Nº 48, se nos ofrece un caso interesante sobre la ausencia de ganchos, no solo en los productos expectorados sino también en el líquido obtenido por la punción. Se trata de un pio-neumo quiste, probablemente viejo, y en el que la intervención quirúrgica retiró restos de membranas que fueron, por el estudio anátomo-patológico, clasificados de naturaleza hidatídica. En la observación Nº 60, tampoco se encuentran ganchos en el producto de una vómica purulenta consecutiva a la ruptura anterior de una hidátide, en la que se eliminaron membranas; la autopsia demostró una hidátide supurada cortical en el lóbulo superior derecho. Por fin, en la observación Nº 69, se trata también de una pio-neumo-quiste, en el que por el examen microscópico de la expectoración, no se revelan ni ganchos ni scolex, no obstante que la operación muestra luego, la presencia de una hidátide supurada en la cavidad quística.

Del examen de nuestras observaciones resulta, entonces, como ya lo expresamos, que el diagnóstico de la hidatidosis equinocóccica pulmonar rara vez se establece o se confirma por la presencia de ganchos en los productos expectorados. Con mucha frecuencia equinococosis abiertas y supuradas, en comunicación con el árbol bronquial, no muestran entre los productos expectorados, los elementos característicos de la afección. Si bien en muchos casos, esos resultados negativos se relacionan a hidatidosis abiertas mucho tiempo antes, en otras la ruptura de la vesícula no ha sido de antigua data.

De todo esto, y a manera de enseñanza, en lo que se refiere al diagnóstico, bien podemos concluir expresando que la ausencia de ganchos o scolex en los productos expectorados por un enfermo con un proceso pulmonar subagudo o crónico no excluye la posibilidad de una hidatidosis equinocóccica pulmonar abierta.

La poca frecuencia con que se encuentran los ganchos en las sustancias expectoradas por los portadores de hidátides abiertas del pulmón, ha sido anotada ya por Morquio, quien a su respecto nos dice: "Es de práctica investigar en los exudados y secreciones expectoradas, la existencia de ganchos equinococus, que tienen caracteres específicos; si no en los quistes recientemente abiertos, en los quistes cerrados no tienen porqué encontrarse y el procedimiento sólo puede servir para comprobar el valor de ciertas expectoraciones que simulan la ruptura del quiste".

Es todavía con la importante colaboración de las reacciones biológicas que el Laboratorio contribuye, como se sabe, en el diagnóstico de la equinococosis pulmonar, siendo la precipito-reacción, la reacción de fijación del complemento y la cuti-reacción las tres reacciones a las cuales más se recurre. Dada la sintomatología clínica bastante expresiva de la equinococosis hidatídica pulmonar en la infancia, dadas también y muy especialmente, las características imágenes que se obtienen por los Rayos Rontgen, solo en casos muy excepcionales las reacciones biológicas requeridas son las que en la práctica deciden el diagnóstico. A pesar de

ello, en nuestras observaciones, muchas veces hemos recurrido a esos medios, ya sea por disciplina clínica las más, como también, en las menos, por verdadera necesidad para aclarar o descifrar un diagnóstico que se presentaba difícil o dudoso. Es únicamente la reacción de fijación de complemento, reacción de Imaz y Lorentz, y la cuti-reacción hidatídica de Casoni la que nos han asesorado en nuestras observaciones.

Tanto la reacción de fijación del complemento como la cuti-reacción hidatídica, aplicadas en el diagnóstico de la equinococosis pulmonar, dan resultados que, si bien se pueden clasificar de satisfactorios, no autorizan, sin embargo, para considerarlas siempre fieles o infalibles. La cuti-reacción de Imaz-Lorentz fué empleada en 17 observaciones (4 observaciones de hidatidosis hépato-pulmonar y 13 observaciones de hidatidosis pulmonar). Los resultados obtenidos fueron: en 3 casos positiva y en 1 caso negativa en la hidatidosis hépato-pulmonar; en 9 casos positiva y en 4 casos negativa en la hidatidosis pulmonar.

Es aún, entre las reacciones biológicas de Laboratorio puestas al servicio del diagnóstico de la equinococosis pulmonar, que no podemos dejar de mencionar la titulada "reacción del antígeno hidatídico", concebida y verificada en dos de nuestros enfermos por el Dr. Juan Bacigalupo, jefe, entonces, del Laboratorio del Hospital de Niños. Nada mejor, por lo novedoso y personal de este procedimiento, que lo que expresan aquí las propias palabras de su autor, así como la relación de aquellas observaciones nuestras en las cuales fué apli-

cada la reacción del antígeno hidatídico. Para ello no haremos sinó transcribir lo publicado por el Doctor Bacigalupo (1).

"Bajo el rótulo de reacción del antígeno hidatídico, he publicado en la Revista del Hospital de Niños, Nº 33, año 1923, una reacción tendiente a demostrar la presencia del antígeno hidatídico en los líquidos de punción".

"Decía en ese trabajo, que con relativa frecuencia llegan al Laboratorio líquidos de punción con el pedido: ¿se trata de líquido hidatídico?"

"Los procedimientos ordinarios o usuales se reducen a la investigación de ganchos, procedimiento fácil y de excelente resultado, la presencia o ausencia de albúmina, así como también la comprobación de restos de membrana".

"Sin embargo, con suma frecuencia estos procedimientos fallan y es por esto que, invirtiendo la fórmula de la reacción de la desviación del complemento, hemos llegado a este proceder que llamamos "reacción del antígeno hidatídico".

"Veamos en qué consiste".

"La reacción de la desviación del complemento en los quistes hidatídicos, consiste en averiguar en el suero del enfermo, la presencia de los anticuerpos hidatídicos. Ahora bien, esos anticuerpos corresponden al antígeno: líquido hidatídico".

"De manera, pues, que teniendo un suero con anti-

(1) Dr. Juan Bacigalupo. "Diagnóstico biológico de los quistes hidatídicos del pulmón". Semana Médica N.º 39. Año 1924.

cuerpos hidatídicos, es fácil saber si en un líquido existe en antígeno correspondiente por medio de la desviación del complemento".

"Eso es lo que hemos verificado con todo éxito, empleando el líquido remitido para la investigación de un suero con reacción de Ghedini positiva, en la forma que reza en el siguiente cuadro:"

TUBO	LIQUIDO EXAMINAR	SUERO POSITIVO	SUERO NEGATIVO	SUERO FISIOLOGICO	COMPLEMENTO 1/10	ESTUFA	MEZCLA	ESTUFA	RESULTADOS +	RESULTADOS —
1	0.2	0.1	—	0.2	0.25	45°	0.5	37° a 30°	N H	H
2	0.2	—	0.1	0.2	0.25		0.5		H	H
3	0.2	—	—	0.3	0.25	37°	0.5		H	H
4	—	0.1	—	0.4	0.25		0.5		H	H

"Tenemos así, que el líquido estudiado pertenece a un quiste, en el primer tubo no habrá hemolisis y en los restantes habrá, y en caso de no pertenecer a un quiste se presentará la hemolisis en los cuatro tubos".

"En el trabajo publicado en la Revista antes citada, expónense 5 casos en los cuales habíamos comprobado la reacción positiva en 4 y todos habían sido contraloreados en el acto operatorio. En el quinto la reacción fué negativa y en la operación se encontró un cordoma, caso que han publicado los Doctores Podestá y Arauz".

"Desde esa fecha hemos verificado varios casos más, y todos han marchado bien".

"Ultimamente, he tratado de hacer una aplicación de esta reacción al diagnóstico de los quistes del pulmón, encontrando en ella un auxiliar para la clínica en los quistes abiertos de ese órgano".

"Tenemos cuatro casos estudiados en esta forma y son ellos interesantes".

"Caso 1º—Quiste hidatídico del pulmón abierto en bronquio. C. E. El examen de los esputos demuestra la presencia de ganchos en abundancia. Centrifúgase el esputo con el líquido en que sobrenada y se verifica la reacción del antígeno que es positiva."

"Caso 2º — Hospital de Niños, sala VI. Pietra R. Siete años. Diagnóstico clínico: pioneumo-quiste del pulmón. Se nos envía el esputo. Se diluye al tercio, que es lo que generalmente hago con los esputos; lo agito bien y luego sedimento. Con el líquido en que sobrenada verifico la reacción empleando 0,2 y 0,5 y la reacción es positiva. Esa enferma es operada por el Doctor Lagos García y se encuentran membranas hidatídicas."

"Caso 3º — Hospital de Niños. Sala VI. Dora P| Siete años. Diagnóstico clínico: Quiste hidatídico del pulmón. La niña no tiene expectoración y por eso no se nos manda esputo. Es operada en agosto 14. Cirujano Dr. Carlos Lagos García. Procede haciendo una costotomía y punciones en el pulmón, siendo ellas negativas. En setiembre 5 la niña empieza a tener expectoración, el Dr. Lagos García nos remite inmediatamente el esputo para que le verifiquemos la reacción. No se comprueban ganchos. Diluyo el esputo al tercio y verifico la reacción del antígeno empleando 0, 20, 5 y 1 c.c.

del esputo. La reacción es positiva. Envío el protocolo al Dr. Lagos García. Reacción del antiguo hidatídico positiva en el esputo. No hay ganchos. El Dr. Lagos García piensa ya en un quiste abierto en bronquio y hace guardar toda la expectoración. En setiembre 12 la niña expulsa con la tos un quiste membranoso, representando el tamaño de una mandarina. Como vemos, esta enferma es interesante y confirmaba un mes después de una operación negativa el diagnóstico clínico radiográfico."

"Caso 4: — Quiste de pulmón cerrado. Operado. El esputo me fué remitido por el Dr. Casaubon, de un enfermito de la sala del Dr. Acuña en el Hospital de Clínicas. Estos esputos fueron estudiados después de diluídos al tercio y la reacción fué negativa. Hacía cerca de un mes; y medio que había sido operado."

"Hemos verificado como control en esputos de tuberculosis, bronquitis comunes y en coqueluche. Todos han sido negativos."

"De la lectura de los casos, paréceme poder sacar conclusiones."

"En primer término, se trata de una reacción específica, que hemos contraloreado ya en cerca de veinte casos y otros tantos como contralor."

"En seguido lugar, su importancia en el diagnóstico de los quistes del pulmón. Cuando éstos están abiertos, la reacción debe ser constante, pues la rección de Ghedini, Imaz-Lorentz, es de una constancia tan grande, que casi puede considerarse absoluta. Y cuando tenemos un suero que da reacción muy franca, que es

el que debe usarse para la reacción que he propuesto, la fijación se hace con cantidades insignificantes de antígeno y, a mi entender, no puede fallar.''

''De manera, pues, que propongo esta reacción para el diagnóstico de los quistes del pulmón y creo que con más casos podremos seguramente dar a ella la importancia que merezca en la clínica''.

Tal cual lo hiciéramos en el capítulo consagrado a la sintomatología, también aquí, en el estudio del diagnóstico de la hidatidosis pulmonar, hemos deseado dejar para el final todo lo que atañe a esas dos interesantes complicaciones de la afección, el neumotórax hidatídico por una parte y el neumoquiste hidatídico por otra.

El neumotórax hidatídico en muy pocos casos ha sido diagnosticado, si es que hemos de atenernos a lo que indican las observaciones publicadas. Casi siempre la verdadera naturaleza del proceso ha sido hasta cierto punto una sorpresa, pues ella se ha visto certificada merced a punción o a la incisión operatoria. Una honrosa mención aparte, merecen, sin embargo, tres conocidas observaciones del maestro Abel Ayerza, pues en ellas el neumotórax hidatídico fué presumido y aún diagnosticado.

Habiendo ya precisado en el capítulo indicado a la sintomatología todos los signos por los cuales puede revelarse el neumotórax o pio-neumotórax hidatídico, inútil sería traerlos nuevamente a colación aquí. Unicamente nos ocuparemos del diagnóstico diferencial. Tratándose de un proceso, el neumotórax hidatídico

pulmonar, en que la complicación pleural proviene de una hidátide alojada en el seno del pulmón, y siendo la cara convexa del hígado tan frecuentemente parasitada, cabe preguntar si, en determinadas circunstancias, una hidatidosis hepática con evolución toráxica no puede producir una complicación y cuadro semejante. Recorriendo nuestras observaciones de hidatidosis hepática encontramos, en efecto, una de ellas en que, efectivamente, una hidátide supurada de la cara convexa del hígado al abrirse en la pleura volcó su contenido, pus y gases, en la cavidad pleural, dando lugar a un verdadero pio-neumotórax hidatídico, o sea, a un *cole-pio-neumotórax,* como muy bien lo llama Dévé. Una sintomatología anterior francamente hepática, y en la que la deformación de la base del tórax hace presumir ya una hidátide del hígado, con evolución toráxica; un proceso febril más o menos largo, y en el que no se presentan fenómenos pulmonares, podría quizá hacer pensar, en casos de este género, que el accidente que estalla ha tenido por causa una hidátide venida del abdomen y no del tórax. Por otra parte, si una vez el proceso instalado, por punción se obtiene líquido pleural, la presencia de pigmentos biliares indicarán la proveniencia de la grave complicación.

Es también en la propia cavidad abdominal, donde el desarrollo de otros procesos, hidatídicos unos y no hidatídicos otros, pueden clínicamente prestarse para una confusión con el neumotórax; tal es el caso de aquellas colecciones gaseosas purulentas que tienen por sitio la parte superior de la cavidad del abdomen, por

encima del hígado y del bazo y naturalmente por debajo del diafragma. El absceso gaseoso grande del hígado o el absceso gaseoso subdiafragmático podrían en ciertos casos, y sobre todo estetoscópicamente, prestarse para la confusión; con mayor razón quizá los pio-neumo-quistes hidatídicos del hígado y del bazo. Por lo que nuestra práctica nos enseña, en el terreno de la clínica quirúrgica infantil nunca se presentan estos dilemas de diagnóstico, pues tanto el neumotórax hidatídico como todos esos otros procesos nunca o casi nunca los vemos presentarse. Pero, aún producidos estos procesos extratoráxicos y extrapleurales, el diagnóstico diferencial con el neumotórax hidatídico podría, y con facilidad, establecerse, pues los antecedentes, la falta de un principio brusco, la ausencia de tos y expectoración, y más que todo la imagen radiológica, indicarán que ese cuadro hidroaéreo tiene por escenario el vientre y no el tórax.

Es más bien — y tratándose de niños — con otros neumotórax o pio-neumotórax consecutivos a lesiones pulmonares o pleurales que podrá darse el caso de un diagnóstico diferencial. Fuera aún del neumotórax tuberculoso, con el que, por cierto, bien vale la pena establecer hasta las más mínimas diferencias, la clínica infantil suele ofrecer otras variedades que seguramente no se prestan a la confusión; tales serían el neumotórax de la coqueluche, el consecutivo a un absceso del pulmón o el pio-neumotórax por producción de gas, en una pleuresía purulenta. En todos estos casos, el estudio de los antecedentes y las características de la enfermedad causal abogan para la diferenciación.

El diagnóstico diferencial entre el neumotórax hidatídico y el neumotórax tuberculoso es seguramente el que presenta más importancia práctica. Lehmann y Patella en el extranjero, y entre nosotros Ayerza, se han esforzado en marcar los puntos principales para poder establecer la diferenciación. Ultimamente Dévé (1), estudiando, con su característica escrupulosidad, las observaciones de neumotórax hidatídico, ha llegado a confeccionar un cuadro original en que hace resaltar todo aquello que puede servir para la distinción del proceso, según que su naturaleza sea tuberculosa o hidatídica. No podemos, por cierto, dejar de transcribirlo, desde que en él se encuentra todo lo que se puede decir al respecto.

NEUMOTORAX TUBERCULOSO	NEUMOTORAX HIDÁTICO
Frecuencia.	Rareza.
Edad adulta. Máximum de veinte a cuarenta años.	Edad un poco más precoz. Máximum de quince a treinta años.
Excepcional antes de quince años.	No excepcional antes de quince años.
Sexo indiferente.	Hombres, dos veces más frecuente que mujeres.
Ubicuidad.	Endemias equinocóccicas (países o regiones "hidatídicos").
Profesión indiferente.	Equinococosis profesional.
Tuberculosis familiar.	Equinococosis familiar.
Aparición espontánea o en ocasión de sacudidas de tos.	Aparición en ocasión de un esfuerzo.
Lado interesado: I > D.	Lado interesado: D > I.
Pródromos casi constantes.	Pródromos muy inconstantes.

Estado general atacado: Facies, adelgazamiento, anemia, astenia, dispepsia, fiebre.	Buen estado general anterior. No hay fiebre previa.
Tos y puntada de costado habituales.	Tos y puntada de costado frecuente.
Hemóptisis anteriores bastante frecuentes.	Hemóptisis anteriores raras.
Expectoración muco-purulenta.	No hay expectoración anterior.
Albumino-reacción positiva.	Vómica excepcional.
Principio solemne o insidioso (neumotórax parcial frecuente).	Principio casi siempre solemne (neumotórax parcial raro).
Signos físicos anfóricos e hidro-aéreos.	Los mismos signos físicos.
Síntomas funcionales: tos, disnea, etc.	Los mismos síntomas funcionales. Muy excepcionalmente urticaria.
Síntomas generales: fiebre, adelgazamiento.	Fiebre frecuente, Adelgazamiento menos marcado.
Signos estetoscópicos sospechosos en el otro pulmón.	Pulmón opuesto normal. Por el contrario, eventualidad de otra localización hidática (hígado, bazo, etc.)
Examen radiológico: colección pleural hidro-aérea. Pulmón correspondiente más o menos infiltrado. Bastante frecuentemente, aspecto cavitario del vértice.	El mismo aspecto radioscópico de colección hidro-aérea intrapleural. Pulmón correspondiente achatado. Eventualmente presencia de una sombra o cavidad muy circunscripta, situándose habitualmente en la base.
Pulmón opuesto, sitio de lesiones bacilares más o menos discretas.	Pulmón opuesto indemne. Encierra a veces otra sombra esférica (Quistes múltiples primitivos del pulmón). Presencia posible de un quiste hidático manifiesto del hígado.

Evolución aguda, lenta prolongada. Transformación frecuente en pio-neumotórax.	Las mismas modalidades evolutivas. Pio-neumotórax a menudo poco séptico.
Examen microscópico de los esputos: Bacilos de Koch constantes (Homogeneisación).	Examen microscópico de la expectoración: No hay bacilos. Muy rara vez residuos de membranas en hojas, ganchos.
Punción Exploradora: líquido sero-purulento (glóbulos de pus).	Punción exploradora: presencia de ganchos en el líquido pleural sero-purulento.
Reacciones biológicas de la impregnación tuberculosa.	Reacciones biológicas de la equinococosis: Precipito-diagnóstico, desviación del complemento, intra-dermo y sub-cuti-reacción.

El diagnóstico del pio-neumo-quiste hidatídico del pulmón tiene hoy los suficientes elementos de juicio para poder sentarlo con toda seguridad. Ciertamente que hasta hace pocos años no ha sido así y si se estudia la historia del proceso se verá con qué frecuencia ha sido confundido con el pio-neumotórax hidatídico.

Conocidas como nos son ya la patogenia, anatomía patológica y manifestaciones sintomáticas del pio-neumo-quiste hidatídico, veamos aquí, únicamente, lo que incumbe a su diagnóstico diferencial.

Vaya de por sí, cuando se asiste al debut o principio del proceso, que el neumo-quiste hidatídico muestra con su vómica la naturaleza de la afección causal, cosa que por cierto no ocurre con el neumotórax hidatídico. De esto, que cada vez que en un enfermo aparecen síntomas de neumotórax inmediatamente después de una copiosa y brusca hidroptisis, puede desde ya

asegurarse que esos síntomas los da una cavidad quística y no pleural. De ello también, que cuando a consecuencia de una punción, sea exploradora como evacuadora, se producen durante ella o inmediatamente después, esos mismos síntomas, desde ya se debe pensar en la producción de un neumo-quiste hidatídico pulmonar.

Para Dévé sería también la limitación neta de los signos anfóricos, su extensión parcial, lo que también abogaría en favor de un neumo-quiste hidatídico en oposición al neumotórax hidatídico. Para ello se funda en que el pio-neumo-quiste queda casi siempre por encima y por debajo de él una zona pulmonar, adyacente a la pared toráxica, donde es posible auscultar murmullo vesicular acompañado o no de rales subcrepitantes. Otra particularidad en favor del pio-neumotórax sería la comprobación de frotes al nivel o en la vecindad de los signos cavitarios. Si bien es posible que estas modalidades estetoscópicas pueden servir para la diferenciación diagnóstica, debemos, sin embargo, advertir que pueden presentarse pio-neumo-quistes hidatídicos con amplia esfera de auscultación para sus signos cavitarios y sin percepción alguna de frotes; no debemos olvidar el enorme tamaño de ciertos pio-neumo-quistes, que no dejan pulmón que respire ni que frote, y en cambio ofrecen una ánfora tan amplia y sonora como la cavidad pleural (Rradiografía Nº 49 y 50).

Pero es indiscutiblemente el examen radiológico el que más contribuye a aclarar situaciones equívocas y a

identificar el pio-neumo-quiste hidatídico. Nosotros no nos ocuparemos aquí de este interesante punto por cuanto ello será tratado en el capítulo siguiente.

Nada mejor, para fijar bien las características del pio-neumo quiste hidatídico, desde el punto de vista diferencial con el neumotórax hidatídico que el cuadro siguiente donde se establece un paralelo entre ambos procesos.

NEUMOTORAX HIDATIDICO	NEUMOQUISTE HIDATIDICO
Rareza.	Frecuencia relativa.
Aparición habitual ocasionada por un esfuerzo. Jamás en el curso de una punción.	En la mitad de los casos aparición en el curso o al concluír una punción. En la otra mitad, aparición espontánea.
Antecedentes pulmonares inconstantes y muchas veces discretos. Rareza de hemóptisis y de vómica.	Antecedentes pulmonares habituales (tos, disnea, puntada de costado). Hemóptisis frecuente. Vómica frecuente.
Debut solemne: A causa de un esfuerzo, dolor intratoráxico desgarrante, inmediatamente seguido de fatiga. Tos muy intermitente. Sin expectoración.	Espontáneamente o en ocasión de una punción, acceso repentino de sofocación, acompañado de tos constante, arrojando líquido espumoso, salado. Dolor intra-toráxico raro.
Signos físicos: abolición del murmullo vesicular y aparición de signos ánforo-metálicos e hidro-aéreos, en toda la altura del hemitórax. El corazón desplazado, el neumotórax hidatídico parcial es raro. (10 por ciento).	Signos hidro-anfóricos completos, se acompañan alguna vez de desviación del corazón. Más o menos extendidos, esos signos quedan parciales y netamente limitados (zona de tejido pulmonar persistente arriba o abajo). Frotes pleuralees eventuales.
Examen radiológico: colección	Colección hidro-gaseosa limita-

hidro-gaseosa libre en la gran cavidad pleural. Napa de líquido oscuro descansando sobre el diafragma inmóvil, y sobremontando un campo hemitoráxico claro. Silueta del pulmón mas o menos contraída, en la cual se podrá, alguna vez, reconocer la sombra del quiste apelotonado.	da, netamente encerrada en una cavidad intra-pulmonar de contornos más o menos circulares, con zona hemisférica clara, sobremontando una media luna oscura, con línea de nivel que se desplaza según la actitud del enfermo.
Evolución: Fase hidro-neumotórax, clínicamente aséptico, seguido o no de pio-neumotórax. Otras veces, infección pleural inmediata. Aún en casos iguales, infección bastante a menudo atenuada. Fetidez del aliento rara y tardía.	En regla general, no hay fase aséptica. Infección inmediata de la colección quística, que se manifiesta más o menos precozmente por la fetidez del aliento y de la expectoración.

El pio-neumo-quiste hidatídico, puede todavía, en clínica infantil, tener que diferenciarse con otras afecciones que también originen cavidades intratoráxicas; tal es el caso de las cavidades grandes tuberculosas, de las bronquiectasias gigantes, de los abscesos gaseosos pulmonares, de las pleuresías purulentas enquistadas abiertas, y aún de ciertos neumotórax o pio-neumotórax enquistados. El estudio de los antecedentes, de la evolución, de los líquidos expectorados o retirados por punción, nos dan siempre elementos de juicio para la distinción de los respectivos procesos. El estudio radioscópico y radiográfico, al cual le damos mucha importancia, mucho ayuda en el diagnóstico diferencial. En el capítulo consagrado a los Rayos X en el estudio de la equinococosis pulmonar, nos ocupamos con deten-

ción sobre este punto, dándole la importancia debida a ese signo radiográfico que hemos llamado el signo del camalote (Radiografías Nº 52, 51, 53 y 54. Dibujos, 33, 34, 35 y 36).

Capítulo VII

LOS RAYOS ROENTGEN EN EL ESTUDIO DE LA EQUINOCOCOSIS HIDATIDICA PULMONAR

Los Rayos X tienen muy bien ganado un capítulo aparte en el estudio de la equinococosis hidatídica del pulmón. En la actualidad, no se conciben ya diagnósticos de esta afección sin la intervención de los rayos de Roentgen, a quienes se recurre con toda aquella confianza y fe con que se apela a una buena y última instancia; con la radioscopía o con la radiografía por delante, es que siempre el clínico suscribe hoy su diagnóstico, y el cirujano decide y planea su intervención.

El entusiasmo por la aplicación de los rayos en el diagnóstico de las afecciones toráxicas, está, por cierto, muy bien justificado. Sin apartarnos nosotros de lo que incumbe a la equinococosis hidatídica pulmonar, bien podemos decir que merced a los rayos Roentgen el diagnóstico ha ganado mucho en certeza y en simplificación. Pero con esto, que es bastante, no diríamos todo, si no añadiésemos que no solo delatamos al intruso, sinó que también podemos, en muchos casos, siguiendo visualmente las modalidades de sus sombras, dedu-

cir de ellas las madificaciones o trastornos que acontecen tanto en las propias hidátides, cuanto en el nido que les alberga y en el órgano que las aloja. Y si todo esto no fuera todavía suficiente para destacar la inmensa importancia de los rayos, no sólo desde el punto de vista diagnóstico, sinó aún desde otros muchos puntos de mira, agregaríamos, que es también merced a ellos que podemos seguir lo que pudiéramos llamar el proceso de restauración pulmonar, cuando una vez desalojado el parásito — espontáneamente o mediante una intervención quirúrgica — queda en el pulmón una cavidad, la cavidad quística, verdadero nido del parásito, y del cual debe también deshacerse el órgano; y es de notar cómo en esta fase de la evolución de la enfermedad los rayos X nos han servido para aclararnos muchas situaciones que, a manera de episodios, se intercalan con harta frecuencia en la accidentada convalescencia de los hidatidosos pulmonares. Y para terminar con estas ponderaciones del descubrimiento de Roentgen aplicado al diagnóstico de la equinococosis hidatídica pulmonar, agreguemos todavía que, gracias a los rayos, hemos aprendido a conocer ciertos estados complicados y atípicos que, realmente, a no mediar la radiografía, tendrían una interpretación incompleta o tardía, dado que muchas veces, cuando los hidatidosos pulmonares llegan a la observación, han perdido los elementos zoológicos característicos de la enfermedad, y no poseen tampoco ya las reacciones específicas, las que, por otra parte, no son infalibles.

En el estudio radiológico de la hidatidosis equino-

RADIOGRAFIA N.° 1.

Hidátide del lóbulo superior del pulmón derecho. Sombra insular.

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 2.

Hidátide del lóbulo superior del pulmón derecho. Sombra insular.

(Observación personal)

cóccica pulmonar menester es, por razones de orden y aún de buena interpretación, proceder por separado, estudiando, primero, las imágenes originadas por las hidátides vivas e intactas alojadas en el pulmón sano; luego analizar las sombras suministradas por las complicaciones y procesos que pueden sobrevenir tanto en la vida del parásito como en el órgano que lo hospeda. A esto agregaremos por su importancia clínica, el estudio radiológico de la cavidad quística y del órgano después que ha sido desalojada la hidátide por una intervención quirúrgica. Es por este motivo que nosotros dividiremos aquí nuestro estudio en tres partes, y trataremos sucesivamente: 1º de la radiología de las hidátides intactas; 2º de la radiología de las hidátides alteradas y de las alteraciones pleuro-pulmonares concomitantes; 3º de la radiología del pulmón en el período de restauración o convalescencia del órgano, vale decir, una vez eliminado el parásito que albergaba.

Como indispensable complemento de todo esto, y a manera de diagnóstico radiológico diferencial, haremos un somero estudio radiográfico de aquellos procesos pulmonares que en la infancia y ante los Rayos X pueden simular la equinococosis hidatídica del pulmón.

1.º ESTUDIO RADIOLOGICO DE LAS HIDATIDES

Cuando la hidátide del pulmón ha alcanzado cierto tamaño, y sin que en contra de ella atente ninguna causa de destrucción, su sombra constituye una de las

figuras más nítidas y típicas de la investigación radiológica del tórax; naturalmente, que para que su imagen tenga aún más realce, necesario es que el pulmón que la rodea y que le sirve a manera de marco, se encuentre sano, virgen de cualquier proceso reciente o antiguo capaz de empañar su claridad; naturalmente, también, que para que su sombra impresione, es indispensable que la hidátide, en sí, tenga ya el suficiente volumen o espesor como para constituir una verdadera mampara al paso de los rayos penetrantes; esta última condición relacionada con el tamaño de la hidátide nos sugiere ya, o nos plantea, una verdadera cuestión en el estudio radiológico de las hidátides pulmonares, cuestión que bien se podría formular en la siguiente pregunta: ¿Qué tamaño poseen las hidátides cuando ellas se delatan, por su sombra, en la radiografía del pulmón?

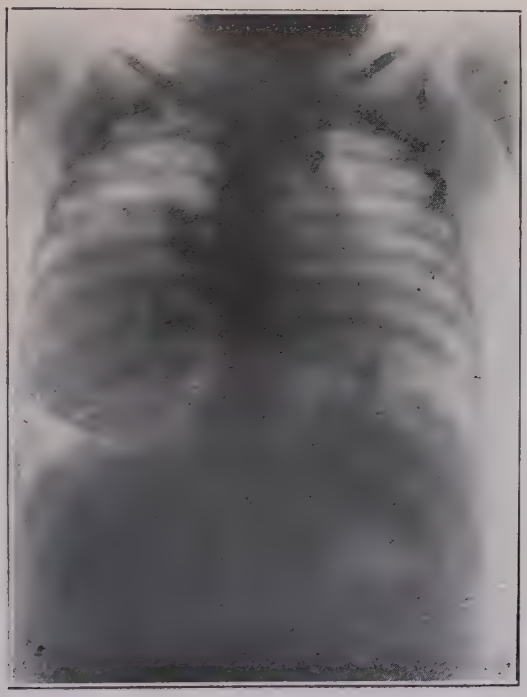
Si para satisfacer esta pregunta recurrimos a lo que al respecto puede enseñarnos la práctica, tendremos que admitir que las hidátides más pequeñas diagnosticadas en la plantalla o en la placa, tienen siempre ya un cierto tamaño, y este es el que aproximadamente corresponde al de una nuez grande o al de un huevo de polla. ¿Pero antes que la vesícula adquiera este tamaño no tiene ella ya una representación radioscópica? ¿La primera etapa de la evolución vesicular del scolex, vale decir el período comprendido entre la nidación del parásito y el momento en que la vesícula alcanza ese volumen señalado, puede originar ya una sombra radiográfica que delate su presencia en el seno del

RADIOGRAFIA N.° 3.

Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular tocando con la sombra cardíaca. Zona clara interpuesta entre la sombra de la hidátide y la sombra correspondiente al hígado.

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 4.



Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular tocando con las sombras correspondientes al corazón y al hígado. Pequeña zona clara correspondiendo al seno costo-diafragmático.

(Observación personal)

pulmón? Es este un punto que aún no se ha resuelto definitivamente.

Sabemos, como ha quedado expresado, que la observación muestra que las pequeñas hidátides, aquellas cuyo tamaño puede expresarse como inferior al que corresponde a un huevo de polla, no tienen mayor sintomalogía clínica, y sabemos que las hidátides pulmonares, cuando comienzan a preocupar y a hacerse sentir por síntomas o signos pulmonares, tienen ya el suficiente cuerpo para delatarse ante los Rayos X; ante estos hechos que la práctica nos enseña, cabe presumir que las muy pequeñas hidátides nunca dan motivos para una investigación radiológica, y de esto cabría también sospechar que si no se las encuentra radiológicamente determinando pequeñas sombras, es porque su silencio no motiva o provoca su búsqueda con los rayos Roentgen. Sintetizando, se podría decir entonces que el diagnóstico radiológico puede preceder al diagnóstico clínico, y que si esto no se cumple en la práctica, es porque la ausencia de síntomas, cuando las hidátides son muy pequeñas, no da ocasión para que los rayos intervengan. Sin embargo, por lógica que a primera vista pudiera aparecer esta hipótesis, ella no está justificada, pues la misma práctica y observación diaria bien interpretada puede hacernos pensar en otro sentido.

Sabido es todo lo que, hoy por hoy, se usa y se abusa de la investigación radiológica en el diagnóstico de las afecciones pulmonares; bien sabemos aún la frecuencia con que se obtienen radioscopías y radiografías motivadas por las más variadas afecciones y en las que

incidentalmente aparece el tórax; nuestros servicios radiológicos de los hospitales nos ofrecen a este respecto un inmenso block de placas y películas. Llama la atención, dada la frecuencia de la hidatidosis equinocóccica entre nosotros, que la práctica radioscópica y radiográfica no nos brinde la ocasión casual de descubrir o advertir a hidátides pulmonares cuyo tamaño corresponde, por ejemplo, al tamaño de una arveja, de una avellana o aún de una nuez, en sujetos que hasta entonces no acusaban sintomatología y que por motivos ajenos a la hidatidosis pulmonar caen bajo la intervención de los Rayos X. Si bien en este discurrimiento se explota la casualidad, no olvidemos que el hallazgo casual de pequeñas hidátides — no diagnosticadas ni presumidas — en intervenciones o en autopsias, es un hecho que con relativa frecuencia acontece (1). Concretando, podríamos entonces decir también que el diagnóstico radiológico no precede al diagnóstico clínico, por cuanto las hidátides pulmonares, mientras no alcanzan el tamaño requerido para denunciarse clínicamente, tampoco pueden acusarse por sombras radioscópicas o radiográficas. Demás está advertir que quedan excluídas de esta reflexión aquellas hidátides silenciosas que a veces descubren las investigaciones con los rayos y cuyo tamaño alcanza o sobrepasa el tamaño

(1) En un trabajo presentado al segundo Congreso Nacional de Medicina por los doctores Chr. Jakob y A. Castro Bibiloni ("Sobre la frecuencia del quiste hidatídico en la mujer". Estadística del Hospital Nacional de Alienadas), sobre un total de 4.097 autopsias de alienadas, se encontraron quistes hidatídicos en 71 casos, lo que arroja una proporción de 2% de hidátides halladas por la autopsia en las mujeres asiladas en ese Hospital.

mínimo de un huevo de polla, que es la medida más pequeña que la práctica enseña en la investigación radiológica.

Es también experimentalmente, como se ha probado ya, que se pueden traer algunas luces en esta cuestión. Cabe, con este motivo, recordar aquí unas experiencias efectuadas entre nosotros por los Dres. Luis Agote y Juan Carlos Navarro y mencionadas cuando la presentación de un enfermo — presunto hidatidoso pulmonar — en la sección de Medicina de la Asociación Médica Argentina, en el año 1920 (1). Para interpretar bien las placas radiográficas que acompañaban a ese enfermo, y para tratar de saber si la membrana hidatídica quedando en el pulmón daba una sombra, los autores mencionados procedieron experimentalmente de la manera que se consigna en las siguientes líneas que transcribimos: "A tal objeto, han hecho en el tórax de un cadáver de adulto una ventana lateral en el lado derecho; con una sonda Nelaton, introducida en la tráquea, y haciendo por arriba compresión digital, insuflan en el tórax; así sacan la primera radiografía. Después introducen una pequeña membrana hidática entre el lóbulo superior y medio, y después dos; en seguida modifican la intensidad de los rayos para darle menor penetración; después colocan cuatro membranas, finalmente, un quiste hidático lleno, del tamaño de una nuez".

---

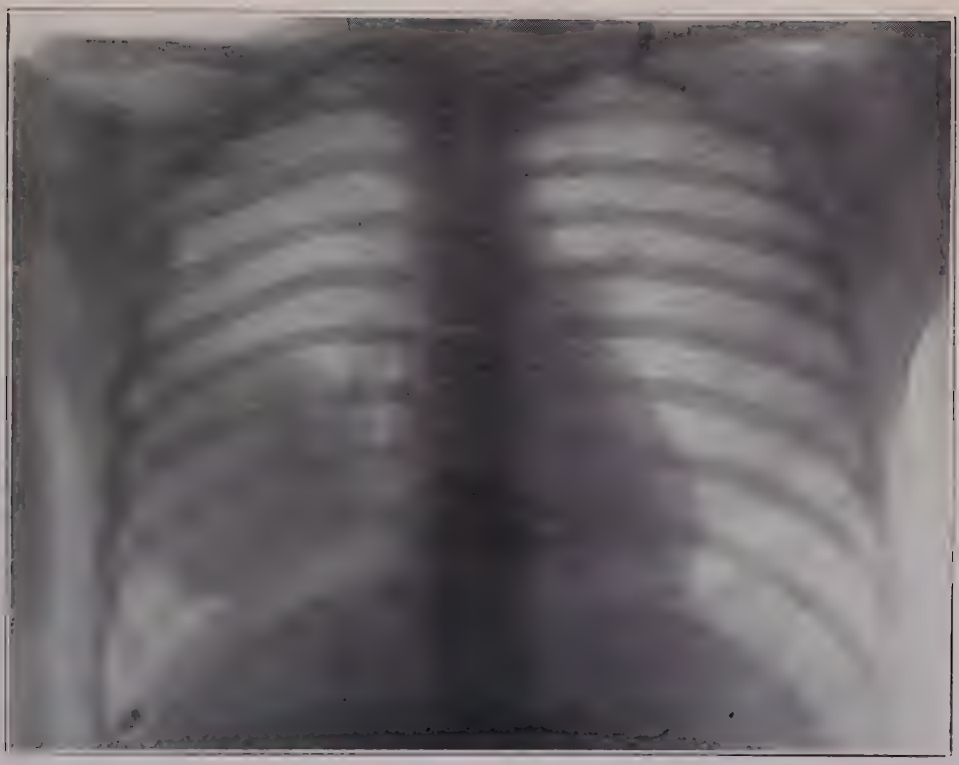
(1) Dres. Luis Agote y Juan Carlos Navarro. Quiste hidático desaparecido sin vómica y sin eliminación de membrana. (Revista de la Asociación Médica Argentina. Tomo 32. Página 111. Año 1920).

"En ninguna de las placas se logra obtener una sombra nítida; como pudiera imputarse este hecho a deficiencia del aparato o de la técnica, se hace una radiografía del quiste que sirvió en las anteriores experiencias colocada sobre un vidrio; la placa da una sombra perfectamente nítida; se la envuelve en una capa de algodón y se impresiona una última placa; en ésta, la sombra es ya bastante menos nítida que en la anterior".

"Sacan de sus experiencias la conclusión de que las membranas hidáticas sin líquido, y aún las hidátides llenas, pueden no dar sombras radiográficas cuando su tamaño es pequeño y cuando se opera con el aparato radiográfico en las condiciones habituales".

Las hidátides que se desenvuelven normalmente en el pulmón — las hidátides intactas — nos ofrecen una serie de francas imágenes, especialmente cuando el parénquima que les rodea se conserva sano, y cuando, por lo tanto, su típica sombra resalta más, por contraste, con la "sui géneris" claridad radiográfica pulmonar; por la misma razón aún, las sombras originadas por las hidátides son tanto más netas y resaltantes, cuanto más aisladas y más lejos están ellas de las otras sombras normales que nos muestra la radioscopía y la radiografía del tórax. La sombra circular de las hidátides intactas centrales adquiere, cuando todo se presta para la claridad de su imagen, tal nitidez y tal perfección geométrica, que bien puede compararse a la de un plenilunio en medio de un cielo abierto y sereno. De sus bordes, curvilíneos y definidos, bien ha podido decirse que son bordes como trazados con un compás.

RADIOGRAFIA N.° 5.



Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular tocando a las sombras correspondientes al corazón e hígado.

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 6.

Hidátide de la base del pulmón izquierdo

(Observación personal)

La existencia de procesos pulmonares localizados en zonas inmediatas a la hidátide, así como también los derrames pleurales, alterando el contraste que ofrece la opacidad de la vesícula con la claridad del órgano, borra y confunde los límites de la hidátide, haciendo entonces muy difícil su diagnóstico y su identificación radiológica.

Radiológicamente, y como una consecuencia de esos procesos pulmonares o pleurales que pueden instalarse, o que instalados pueden también atenuarse o desaparecer, la misma hidátide da, a veces, distintas exteriorizaciones sucesivas, las cuales no están condicionadas por el estado de la vesícula, sinó, más bien, por el estado del órgano en los contornos o vecindad del parásito. Imágenes que fueron netas en un principio, pueden perder luego su claridad, e imágenes que eran turbias antes, pueden hacerse límpidas cuando la claridad pulmonar, tan necesaria para el resalto de la mancha hidatídica, se oscurece o torna otra vez a su cualidad esencial. Es el caso — en el símil que ya hiciéramos — de la luna que sale o que entra, que se muestra y que se esconde, según el estado del cielo, despejado o cargado de espesos nubarrones.

No obstante la pérdida de caracterización radiográfica que por estos procesos pleuro-pulmonares sufre la imagen de la hidátide, es posible, a veces, en medio de la nebulosa que la esconde o desfigura, hallar, ya sea por un refuerzo de sombra o por la intangibilidad de una porción de su imagen, los rastros de una mancha con los que el ojo avizor del radiólogo puede denun-

ciar a la hidátide oculta o escondida, y así hemos podido, en algunas ocasiones, diagnosticar la hidátide en una placa radiográfica en la cual, a primera vista, era una verdadera adivinanza señalar el sitio donde aparecía la sombra vesicular.

El tamaño y la situación de las hidátides desarrolladas, sin accidentes, en el pulmón, son, por supuesto, factores de importancia en la caracterización de la forma típica con que la vesícula equinocóccica se denuncia en la pantalla o en la placa. Si bien las hidátides pequeñas y medianas — aquellas que están rodeadas por parénquima sano, en todo sentido — se destacan sobre el fondo pulmonar, las hidátides muy grandes, a la inversa, y por falta de contraste, aparecen tan poco caracterizadas, que puede muy bien quedar comprometida o dudosa su identificación radiográfica. De una manera general, y en lo que atañe a su ubicación en el interior del órgano, cuando más separadas están del hígado, del corazón y del mediastino, sus sombras, independientes, resaltan con más claridad.

Desde el punto de vista radiológico, bien podríamos distinguir en las hidátides pulmonares, o mejor dicho, en las sombras por ellas originadas, dos clases de imágenes, las imágenes insulares y las imágenes peninsulares; las primeras son aquellas en las que la sombra circular determinada por la opacidad vesicular queda completamente rodeada por la claridad del pulmón; (Dibujos Nº 1, 2, 3, 4 , 5, 6, Radiografías Nº 1, 2 y 36) las segundas, aquellas otras en las cuales, por el contrario, la sombra toca o se superpone en parte con la sombra

Hidátide del pulmón derecho. Sombra universal abarcando todo el campo pulmonar con excepción de una pequeña zona correspondiente al vértice.
(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 8.

Hidátide de la base del pulmón derecho.

(Observación personal)

de otros órganos, observando, sin embargo, el resto bien rodeado por pulmón y libre de toda reducción o superposición (Dibujos Nº 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19. Radiografías Nº 3, 4, 9, 11 y 12). A estas dos variedades de sombras podríamos, en rigor, agregar una tercera variedad, y es aquella en la cual, la sombra — en razón del tamaño de la hidátide — ocupa toda el área pulmonar, tocando por lo tanto con todas las sombras normales vecinas; para ella propondríamos el nombre de sombras hidatídicas universales (Dibujos Nº 23, 24. Radiografías Nº 13, 14 y 15). Naturalmente que en esta división o distinción teórica que proponemos, consideramos la imagen proyectada en una superficie plana, cual es la pantalla o la placa radiográfica, y a la aplicación de los rayos siguiendo siempre más o menos el mismo eje anteroposterior. Inútil nos parece advertir que, a fin de tener la exacta interpretación de las imágenes y sombras, es menester siempre, como complemento, la obtención de radiografías laterales, con las que se llega a una noción más precisa de sitio y de espacio. Siendo de que en este capítulo tratamos únicamente la parte práctica y más corriente del diagnóstico radiográfico, casi todas nuestras consideraciones se han de referir a las imágenes obtenidas cuando los Rayos X atraviesen el tórax de adelante hacia atrás o en sentido inverso.

Las sombras insulares determinadas por las hidátides del pulmón se presentan como grandes manchas opacas y redondas, como que corresponden a la proyección de una vesícula más o menos esferoidal; sus límí-

tes netos constituyen una verdadera curvilínea, tirada al compás, y aproximándose a un trazado circunferencial. La forma pura de estas sombras insulares únicamente la dan las hidátides pequeñas, cuando su tamaño no determina ya una sombra grande, que por sus bordes toca con la sombra del corazón o del mediastino, con la sombra del hígado, o con la línea o zona opaca proyectada por las curvas de las costillas, por la clavícula y aún por el ompóplato. Obvio nos parece decir que las sombras insulares proyectadas por hidátides pequeñas o medianas, a igualdad de tamaño, son más fáciles de aparecer en las radiografías del adulto; la mayor caja toráxica y el mayor tamaño del pulmón explican el caso.

Es en la base del pulmón derecho donde las sombras insulares, con más facilidad que en cualquier otro sitio de la proyección toráxica, pueden aparecer perfectamente independizadas; pero basta, sin embargo, que la vesícula tenga ya una regular dimensión para que, por lo menos tangencialmente, la sombra de su borde toque el borde derecho de la sombra del corazón o de la cúpula diafragmática.

Las sombras peninsulares proyectadas por las hidátides del pulmón se nos presentan también como grandes manchas opacas circulares, pero en ellas un segmento más o menos grande de su estampa se toca o se confunde con alguna sombra vecina; en las sombras peninsulares podría decirse que su círculo limitante se pierde en parte por la oposición o interposición de otra sombra que, a manera de secante, deshace su forma

RADIOGRAFIA N.° 9.

Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular continuándose con la sombra correspondiente al hígado

(Observación personal)

Hidátide del pulmón izquierdo. Sombra universal abarcando todo el campo pulmonar de adelante.

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 11.

Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular, continuándose con la sombra correspondiente al hígado.

(Observación personal)

circular. Las sombras peninsulares, en la práctica, son las que aparecen más a menudo en la radiografía torácica de las hidátides pulmonares.

*
* *

Para una mejor comprensión y orden, describiremos las sombras originadas por las hidátides del pulmón según que ellas se presenten en la base, en la parte media o en el vértice del órgano. Comenzaremos por las de la base.

Es en la base derecha donde muy a menudo — dada la frecuencia o predilección con que en ese sitio se desarrolla la afección — la radiografía o radioscopía nos enseña las imágenes hidatídicas. El círculo sombrío determinado por la vesícula puede, en este lugar, tocarse o superponerse con las sombras, ya mencionadas, del corazón derecho, del hígado, y aún por afuera, con la línea proyectada por las curvas de las costillas inferiores. Describiremos en primer lugar aquellas sombras hidatídicas cuya proyección aparece tocando o superponiéndose con la sombra del corazón.

Es por su semi-circunferencia interna que el círculo opaco radiográfico proyectado por una hidátide de la base derecha puede entrar en contacto o superposición con el borde derecho de la imagen del corazón, y es por cierto de gran utilidad, en la interpretación de una radiografía, conocer esa eventualidad, pues por su ignorancia, alguna vez, hemos visto cometer el error de no denunciar una sombra hidatídica que, aunque disi-

mulada, ya existía, sin embargo. Dos casos pueden presentarse en esta confluencia de las sombras cardíacas e hidatídicas: en un primer caso, la sombra de la hidátide desenvuelta en el pulmón, más o menos tangencialmente, se une o avanza en muy pequeña extensión sobre la proyección del área cardíaca; en un segundo caso, una gran parte de esa sombra se superpone a la imagen del corazón derecho.

Las hidátides cuya sombra tocan o apenas avanzan sobre la sombra cardíaca, son, por cierto, muy fáciles de diagnosticarse radiográficamente; el pequeño segmento que falta de su círculo puede verse o presumirse como haciendo masa común con el borde derecho de la sombra cardíaca, y en muchos casos la superposición se acusa por un refuerzo del tono de la sombra en aquella parte donde las dos sombras se colocan en el mismo eje con relación a la dirección de los rayos. No obstante la superposición, por la que la mancha circular de la hidátide pierde un segmento de su circunferencia, el resto de la sombra caracteriza, sin embargo, a la mancha hidatídica, que si bien por su contacto con la sombra cardíaca pierde su aspecto insular, conserva, en cambio, un aspecto peninsular en medio del fondo claro del pulmón que le circunda por arriba, por abajo y por afuera (Dibujo Nº 19. Radiografías Nº 3, 4).

Las hidátides cuya sombra se superpone en gran extensión con la sombra cardíaca son, muchas veces, radiográficamente, difíciles de reconocer y diagnosticar; esto ocurre especialmente cuando se trata de hidátides pequeñas próximas a la línea media y en las que

RADIOGRAFIA N.° 12.

Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular, continuándose con la sombra correspondiente al hígado.

(Observación personal)

Sombra universal proyectada por una voluminosa hidátide del pulmón izquierdo. (Vista de atrás).

(Observación personal)

Hidátide del pulmón derecho. Sombra universal ocupando todo el campo pulmonar.

(Observación personal)

Hidátide del pulmón derecho. Sombra universal ocupando todo el campo pulmonar.

(Observación personal)

su sombra se confunde con la sombra cardíaca, no dando, por lo tanto, su proyección en la pantalla o en la placa una mancha independiente o propia como para hacer notar su existencia. Ocurre así, a veces, que una hidátide pequeña desenvuelta en ese lugar se esconde de tal manera tras la sombra del corazón, que únicamente una ligera franja, correspondiente a su segmento periférico, asoma por afuera de la imagen cardíaca, dando, a primera vista, la impresión de que se trata de la sombra que corresponde a un corazón grande; el buen examen, sin embargo, en estos casos, puede enseñar que, en rigor, existen dos sombras superpuestas, las que por el hecho de esa superposición proyectan una imagen con diversos tonos en la que la parte interna, más oscura, corresponde a la sombra cardíaca reforzada por la sombra hidatídica, mientras que la parte externa, más clara y en forma de casquete o creciente, corresponde a la parte de sombra hidatídica no oculta detrás de la sombra del corazón (Dibujos Nº 3, 14. Radiografía Nº 28). Es de observar que en radiografías sucesivas obtenidas con intervalos apreciables — y siempre que la hidátide crezca hacia afuera — puede asistirse a una especie de separación o deslizamiento entre esas dos sombras, que si bien en un principio se confunden, más tarde, y por crecimiento de la vesícula, se separan y diferencian hasta el punto de caracterizarse una y otra. Demás está también decir que por la radioscopía o radiografía obtenidas aplicando los rayos lateralmente, puede demostrarse la independencia y la separación de esas dos sombras, mucho antes que ellas

aparezcan diferenciadas en las radiografías efectuadas mediante la aplicación de los rayos en sentido ántero-posterior. Las radiografías o radioscopías laterales en estos casos muestran, en efecto, que la sombra correspondiente a la vesícula está separada y situada por detrás de la sombra cardíaca.

Más importante aún, y sobre todo desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, son las sombras originadas por las hidátides pulmonares de la base derecha y en las cuales se establece un contacto o continuidad con la sombra correspondiente a la cúpula diafragmática de ese mismo lado. Veamos lo que la observación radioscópica nos muestra al respecto, anotando desde ya también que es en esta zona donde con frecuencia pueden hallarse concomitantemente hidátides situadas en la base del pulmón y en el lóbulo derecho del hígado. Recordemos, todavía, que estas hidátides, no obstante ocupar órganos distintos, muchas veces tienen una exteriorización clínica bastante semejante, razón por la cual el estudio diferencial radiográfico adquiere gran valor práctico.

El estudio radiológico de la equinococosis hidatídica pulmonar desarrollada en la base derecha, nos muestra una serie de modalidades en las sombras proyectadas por el parásito. Las describiremos tal cual nosotros hemos podido observarlas.

Considerando siempre, en nuestras observaciones, las imágenes radiográficas obtenidas en sentido sagital o ántero-posterior, hemos de recordar que normalmente esta zona se nos presenta como una superficie clara

Hidátide del pulmón izquierdo. Sombra peninsular. (Vista posterior)

(Observación personal)

Sombra universal proyectada por una voluminosa hidátide del pulmón derecho.

(Observación personal)

Hidátide múltiple. Hidátide de la base del pulmón derecho. Hidátide del vértice del pulmón izquierdo.

(Observación personal)

Hidatidosis múltiple. Hidátides de la base y del vértice del pulmón derecho. Hidátide de la base del pulmón izquierdo

(Observación personal)

Hidátide supurada de la base del pulmón derecho.

(Observación personal)

limitada tanto por debajo como por adentro y por afuera por tres líneas curvas; la primera, que es la línea curva convexa inferior responde a la cúpula diafragmática derecha; la segunda es la línea interna, convexa también, y responde a la sombra dada por el corazón, siendo de notar que estas dos primeras líneas forman un ángulo, que es el ángulo ínfero-interno. La tercera línea, la externa, sería la proyectada por la curva de las costillas; es ligeramente cóncava, y por su extremo inferior forma con la línea convexa inferior un ángulo, el ángulo ínfero-externo, cuya proyección es, radiográficamente, la mejor expresión del seno costo-diafragmático. Una vez más repetiremos aquí que, en las consideraciones que siguen, únicamente entrarán en colación las sombras originadas por hidátides intactas desenvueltas en el pulmón sano y libre de otra afección, circunstancias en las cuales se proyectan las sombras más típicas y perfectas.

De una manera general, podemos distinguir dos clases de sombras: las sombras que no tocan la cúpula diafragmática, insulares, según nuestra primera división, y las sombras que entran en contacto con dicha cúpula, peninsulares, siguiendo también aquella manera de ver.

Las sombras que no tocan la mencionada cúpula son, por cierto, las más caracterizadas en el diagnóstico de las hidátides pulmonares de la base; la franja clara, transversal, extendida entre el borde inferior de la hidátide y la sombra diafragmática, basta, como solución de incontinuidad, para asegurar su localización

francamente pulmonar. Esta franja pulmonar — clara siempre que la atelectasia o la esclerosis no la opacifique — se presta a las mil maravillas, como color de fondo, para hacer resaltar las dos curvas que se miran por su lado convexo y que responden respectivamente a la semi-circunferencia inferior de la hidátide y al borde superior de la cúpula diafragmática. Dado que esta franja de separación, cuando la permeabilidad y la claridad pulmonar está intacta, queda limitada por dos curvas convexas, la proyección radiográfica la muestra en forma de reloj de arena, es decir, angosta en el medio y ensanchada en sus extremos, especialmente en el extremo que corresponde al seno costadiofragmático (Radiografía Nº 3 y 23, lado derecho. Dibujos Nº 10, 11 y 19).

Muy a menudo, sea ya como consecuencia de que la hidátide está muy inferiormente colocada, o porque el tejido pulmonar que la limita por debajo está radiográficamente opaco a causa de la atelectasia o de la esclerosis, la sombra proyectada por el parásito toca o se confunde con la sombra de la cúpula. La solución de continuidad establecida entre ambas puede ser sólo tangencial, en el punto culminante de la cúpula, o en toda o casi toda la extensión de ella; en el primer caso, la radiografía nos muestra la fusión o continuidad de sombras en medio de dos espacios tringulares claros (Radiografía Nº 27, lado derecho); en el segundo caso, la fusión de sombras hace desaparecer esos espacios claros, siendo de notar, en esta desaparición, la mayor persistencia del espacio triangular claro externo, es

decir, el que corresponde al seno costodiafragmático (Radiografía Nº 4).

La completa o incompleta fusión de las sombras correspondientes a la cúpula diafragmática y a la hidátide desenvuelta en la base derecha, ulteriormente — cuando la bolsa líquida se evacúa por una vómica, o cuando la hidátide es extraída por una intervención — puede desaparecer, y entonces es cuando se muestra la franja clara intermediaria entre el quiste y la cúpula diafragmática; esta reaparición obedece, como se comprende, al restablecimiento funcional de la base del pulmón, así como también a la distinta visualización radiográfica, que trae, como consecuencia, el desalojo del parásito (Radiografías Nº 64 y 65).

De gran importancia todavía, y siempre desde el punto de vista del diagnóstico radiológico de las hidátides desenvueltas en la base del pulmón derecho, es hacer notar las diferencias radiográficas que estas presentan frente a las sombras proyectadas por las hidátides hepáticas con franco crecimiento toráxico. En efecto, y como el estudio clínico y radiológico bien lo demuestra, las hidátides hepáticas con crecimiento superior, a pesar de su ubicación abdominal y no obstante el tabique diafragmático, avanzan y ascienden de tal manera que constituyen verdaderas cúpulas que rechazan el pulmón y se insinúan en el campo toráxico.

Es estudiando radiográficamente esta variedad de hidátides del hígado que es fácil darse cuenta de las modificaciones que ellas imprimen a la cúpula diafragmática derecha, siendo también posible apreciar las

diferencias que se establecen entre las sombras que ellas proyectan y las originadas por las hidátides de la base del pulmón.

Conocida es la imagen normal de la cara superior del hígado, ya sea en posición anterior como posterior; sabemos que ella toma el aspecto de una bóveda cuyo borde superior francamente convexo, se extiende desde el fondo del seno costodiafragmático derecho hasta la sombra cardiomediastínica, a la altura de la undécima vértebra dorsal. Naturalmente, que este borde superior de la bóveda hace cuerpo común o se confunde con la sombra del diafragma, dado que el músculo se moldea sobre el órgano. El punto culminante de esta cúpula hepática se encuentra casi a unos 2 centímetros por encima de la bóveda diafragmática izquierda y a unos 6 centímetros por encima también, del fondo de saco pleural. Es precisamente sobre el borde superior de la bóveda en donde las hidátides hepáticas con crecimiento toráxico imprimen modalidades de altura y forma por las cuales se puede muchas veces diagnosticarlas.

El estudio radiográfico en nuestras numerosas observaciones nos ha hecho ver varias clases de modificaciones en esa cúpula y bóveda que tan bien caracteriza al hígado normal; esas modificaciones consisten en elevaciones de la cúpula o en deformaciones de la curva que marca su borde superior. Las elevaciones de la cúpula se observan con harta frecuencia y ellas son la resultante de la presencia de grandes hidátides alojadas en el hígado. No debemos olvidar que las hidátides póstero-superiores hepáticas se exteriorizan sinto-

RADIOGRAFIA N.° 21.

Hidátide supurada de la base del pulmón derecho.

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 22.

Hidátide de la base del pulmón izquierdo, cuya sombra se superpone y confunde con la sombra correspondiente al ventrículo izquierdo.

(Observación personal)

Hidátide de la base del pulmón derecho

(Observación de los doctores Susini y Casaúbon)

Hidátide de la base del pulmón derecho. La sombra hidatídica está oculta por un derrame pleural. Pleuresía hidatídica. (El mismo enfermo)

(Observación de los doctores Susini y Casaubon)

máticamente poco y por consiguiente silenciosamente crecen antes de llegar el momento del diagnóstico; tratándose, entonces, de tumores grandes, cuando se los radiografía, ya han crecido mucho y hacen marcada proeminencia en la cavidad toráxica, con la consiguiente elevación de la cúpula diafragmática derecha. Las sombras originadas por esta variedad de hidátides que elevan considerablemente la cúpula, traen una disminución apreciable de la claridad pulmonar derecha; el pulmón rechazado hacia arriba, diríamos que cede su sitio a la bóveda que le levanta y que le empuja. Distintos grados pueden presentarse según el tamaño de la hidátide propulsora en esta elevación de la bóveda diafragmática; la mejor manera de apreciarlas está en comparar el borde superior de ella con el borde superior de la cúpula diafragmática izquierda, o también, indirectamente si se quiere, comparando las dimensiones de la claridad pulmonar en ambos lados.

Las grandes hidátides superiores del lóbulo derecho del hígado con evolución ascendente se insinúan de tal manera en el tórax, que su sombra aparece como ocupando así todo el sitio que corresponde a la claridad pulmonar; casos hemos observado donde la cumbre de la cúpula llega hasta el sitio que corresponde al vertice del pulmón y en los que la imagen de este órgano aparece como un pequeño casquete sobremontando apenas la gran sombra proyectada por el hígado con su voluminosa hidátide (Radiografías Nº 38, 40 y 41). Radiográficamente, estas grandes sombras, si bien ocupan el campo pulmonar, muestran, empero, su origen

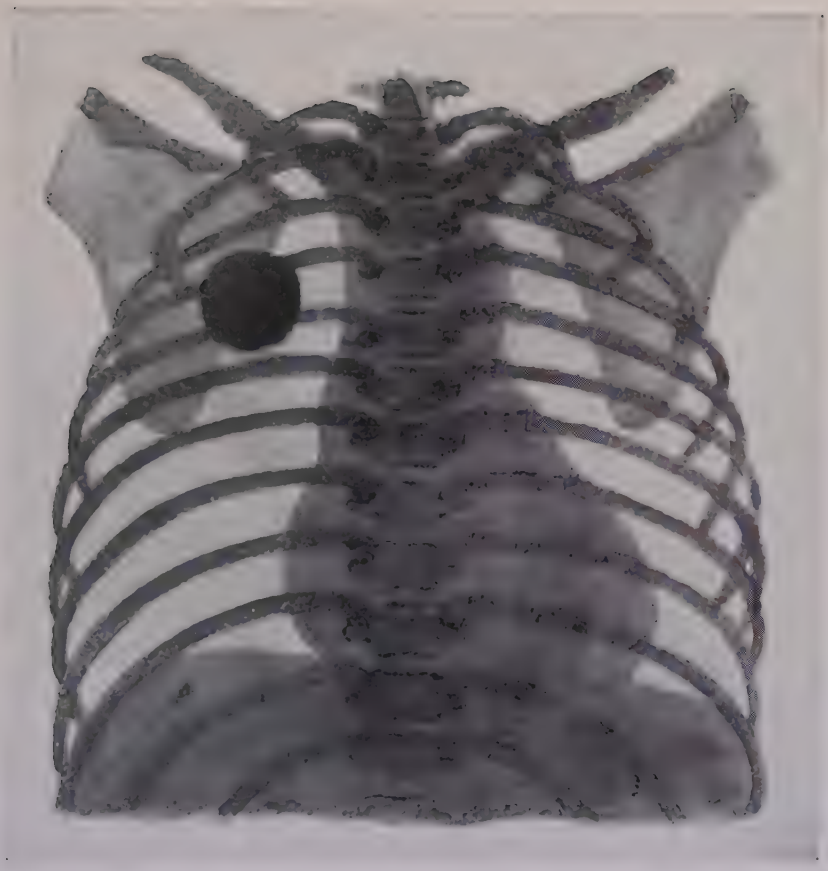
hepático, pues sin solución de continuidad se prosiguen con la sombra del órgano abdominal; pero, a pesar de esa solución de continuidad, vale decir, la inexistencia de franja clara que corte o cruce a la gran mancha opaca, estas sombras hepáticas pueden también en ciertos casos confundirse con las sombras correspondientes a grandes hidátides desenvueltas en la base del pulmón derecho. Veamos cómo, no obstante la similitud entre ambas, ellas, sin embargo, pueden distinguirse.

La radiografía de algunas hidátides grandes alojadas en la base del pulmón derecho, puede, efectivamente, mostrarnos a veces sombras extensas y difusas cuya parte inferior se continúa sin interposición alguna con la sombra correspondiente a la cúpula diafragmática; cuando así ocurre ello, se debe a que la sombra hidatídica pulmonar se junta o superpone con la hepática, o a que la pequeña porción del pulmón que pudiera existir entre ambas ha perdido su claridad radiográfica, permitiendo que se confunda la sombra de la hidátide pulmonar con la del hígado. En tales circunstancias se ve una gran sombra con semicircunferencia superior convexa que se eleva desde el hígado en pleno campo pulmonar, sombra aparentemente igual a la proyectada por esas grandes hidátides hepáticas superiores a las cuales ya nos hemos referido (Radiografías Nº 7, 8, 11, 12, 18, lado derecho). En casos de esta naturaleza creemos que radiográficamente puede distinguirse la hidátide pulmonar de la hidátide del hígado — fuera de ciertos detalles radioscópicos — por la participación que en esta deformación radiográfica toman las costi-

DIBUJO Nº 1.

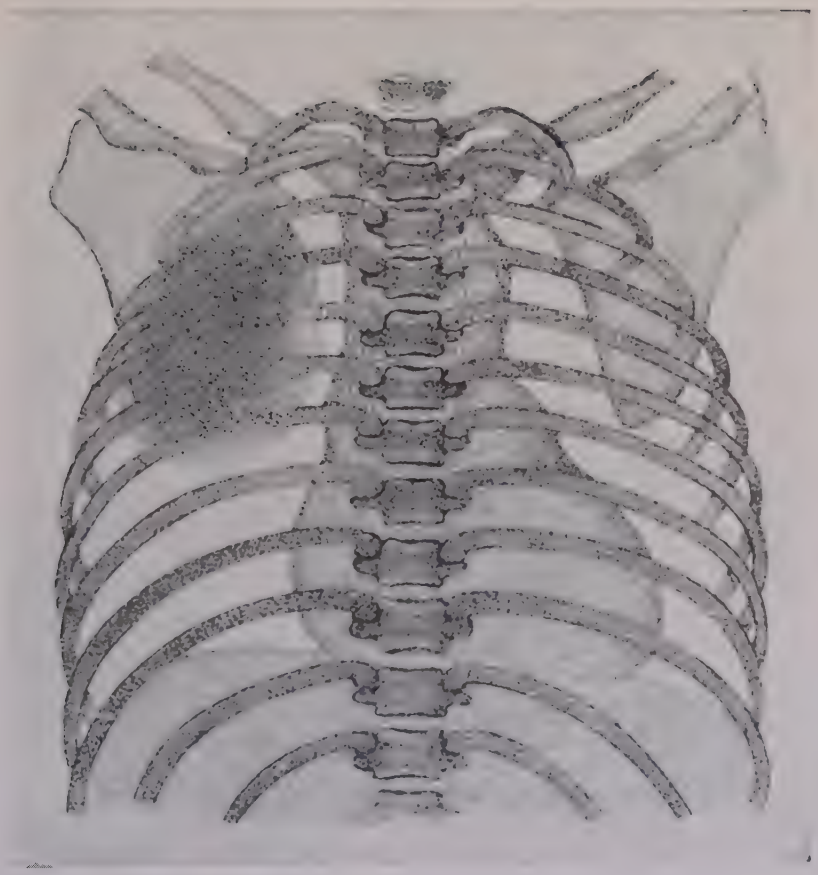
Hidátide del lóbulo superior del pulmón derecho. Sombra insular.

DIBUJO Nº 2.



Hidátide del lóbulo superior del pulmón derecho. Sombra insular, cuya mitad externa se confunde con la sombra proyectada por el omóplato.

DIBUJO Nº 3.

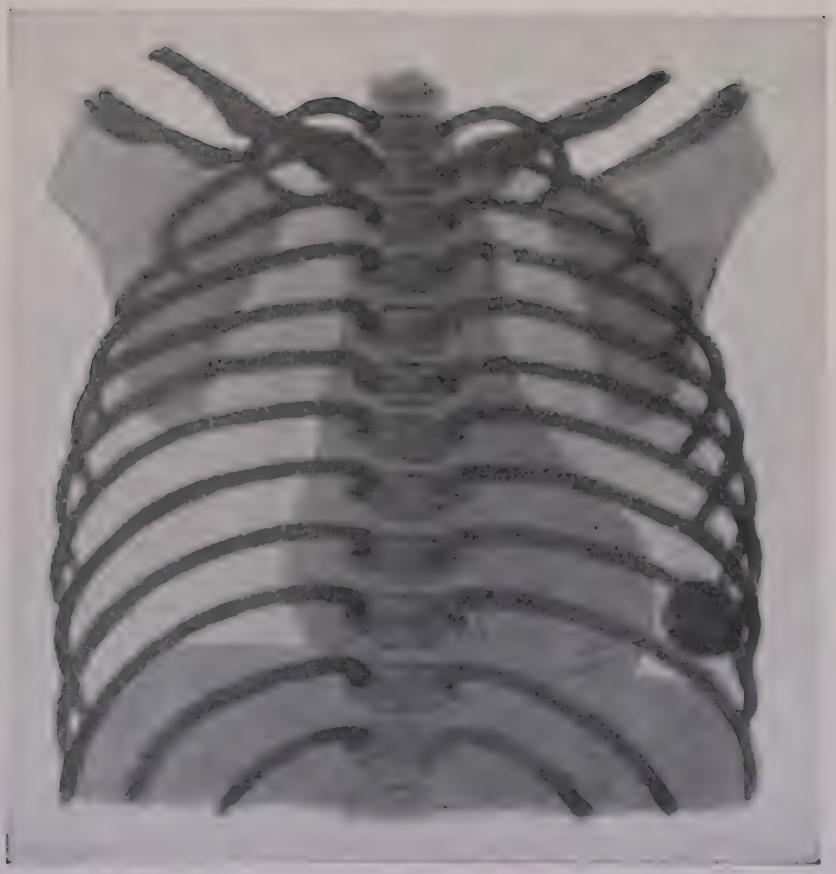


Hidátide del lóbulo superior del pulmón derecho. Sombra insular, cuya parte superior se confunde con la sombra proyectada por el omóplato.

DIBUJO Nº 4.

Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra insular.

DIBUJO Nº 5.



Hidátide de la base del pulmón izquierdo. Sombra insular.

DIBUJO Nº 6.

Hidátide de la base del pulmón izquierdo. Sombra insular.

DIBUJO Nº 7.

Hidátide del lóbulo superior del pulmón izquierdo. Sombra peninsular.

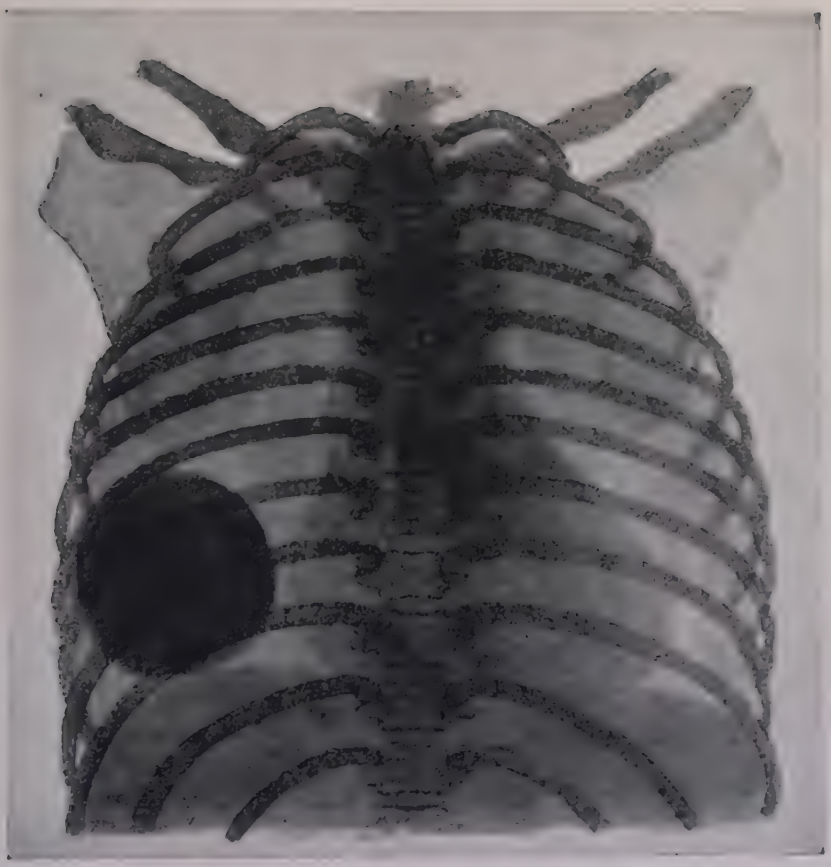
DIBUJO Nº 8.

Hidátide del lóbulo inferior del pulmón izquierdo. Sombra peninsular.

DIBUJO Nº 9.

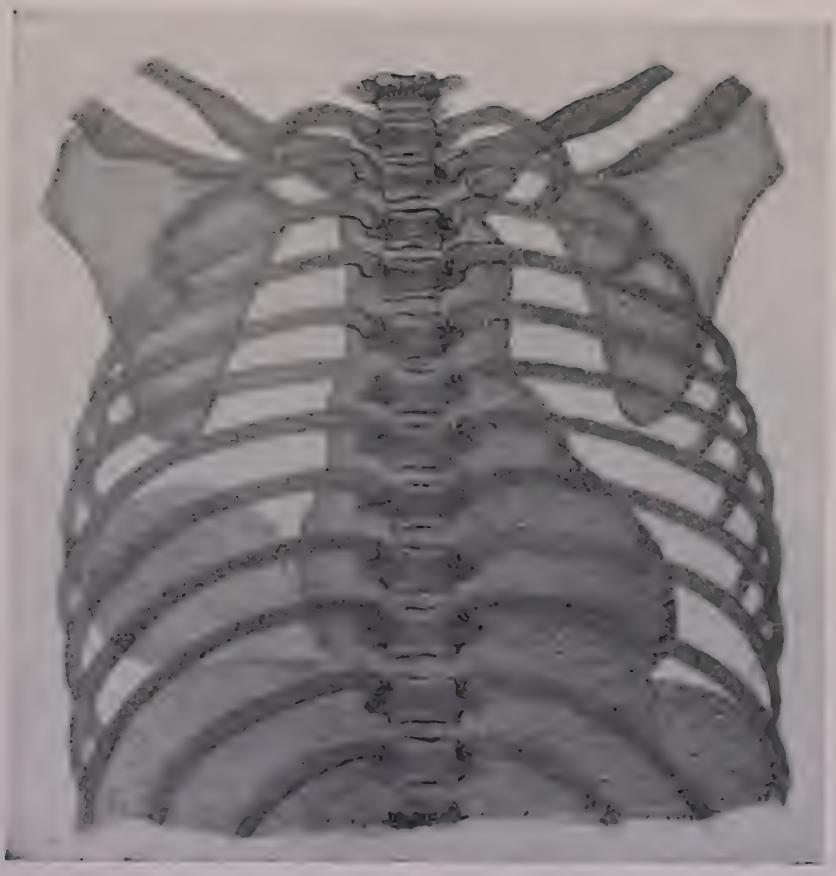
Hidátide del lóbulo superior del pulmón izquierdo.
Sombra peninsular.

DIBUJO Nº 10.



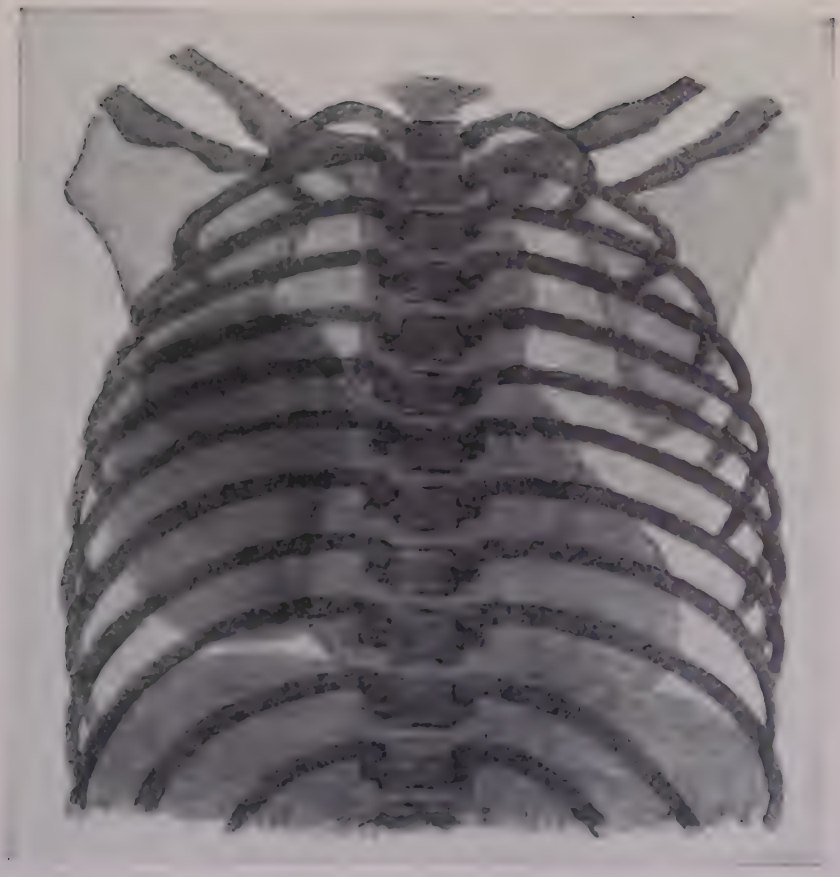
Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular.

DIBUJO Nº 11.



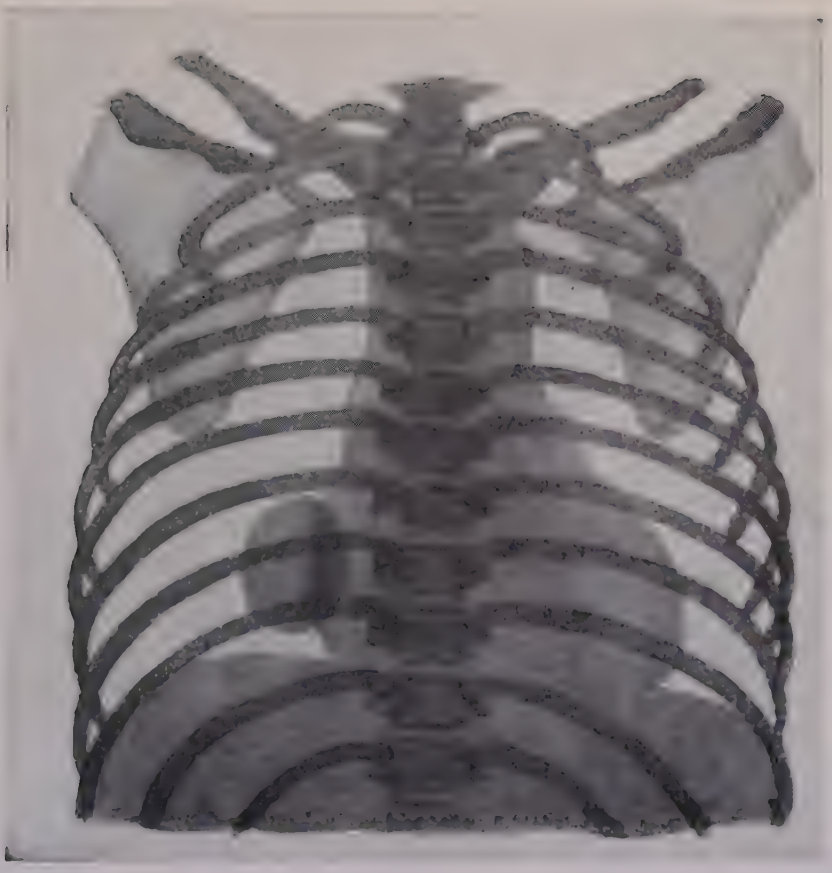
Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular.

DIBUJO Nº 12.



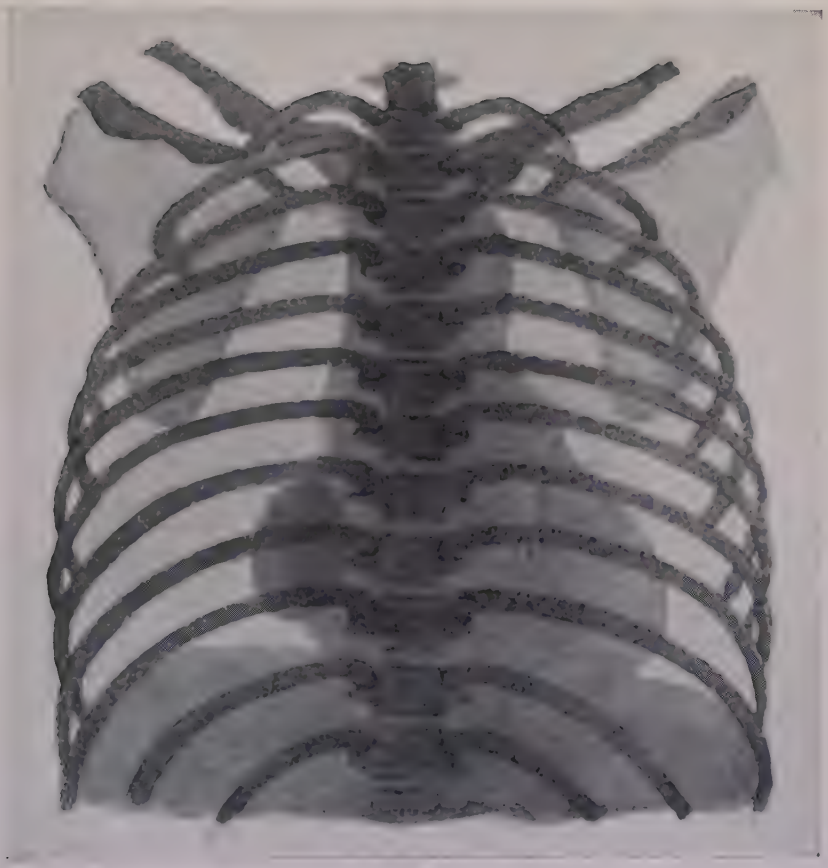
Hidátide del pulmón derecho. Sombra peninsular.

DIBUJO Nº 13.



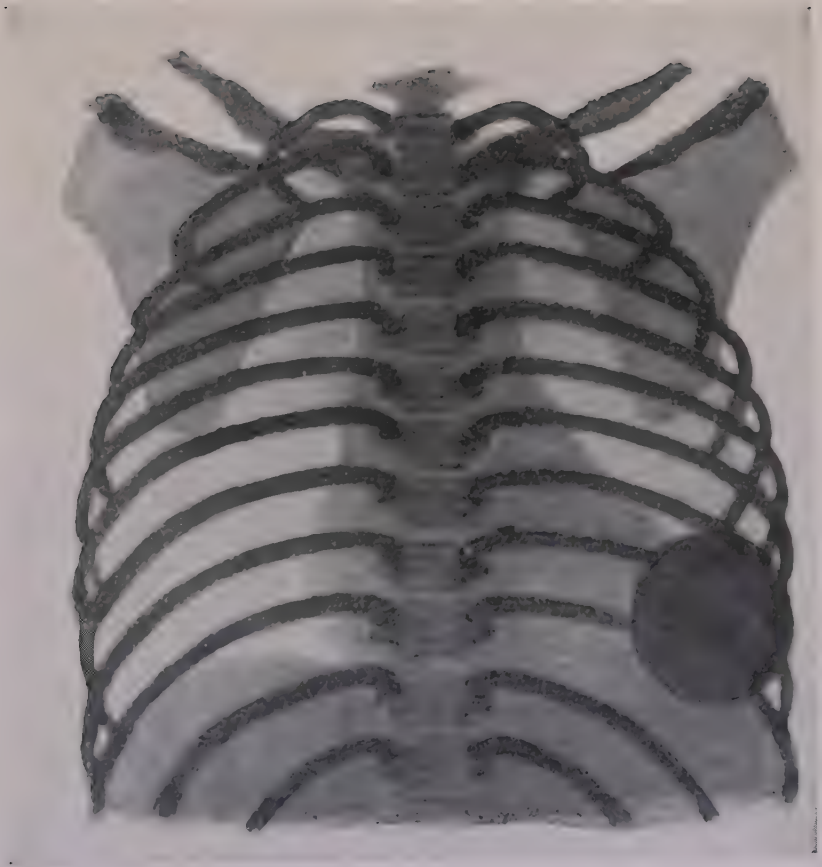
Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular, en su tercio interno confundida con la sombra cardíaca.

DIBUJO Nº 14.



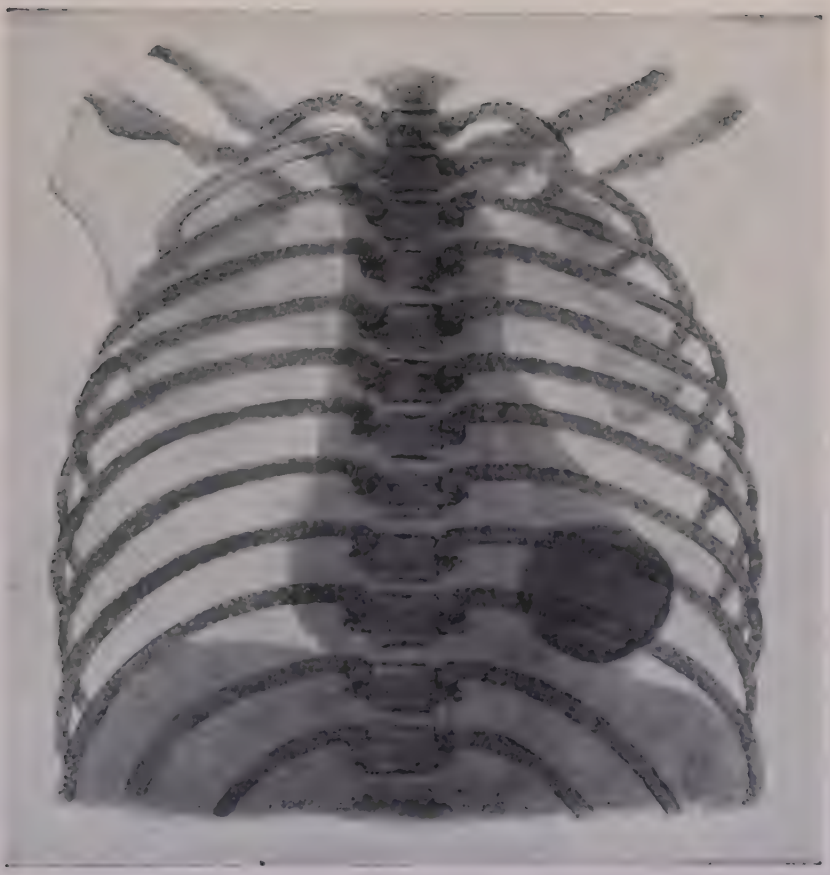
Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular, en su mitad interna confundida con la sombra cardíaca.

DIBUJO Nº 15.



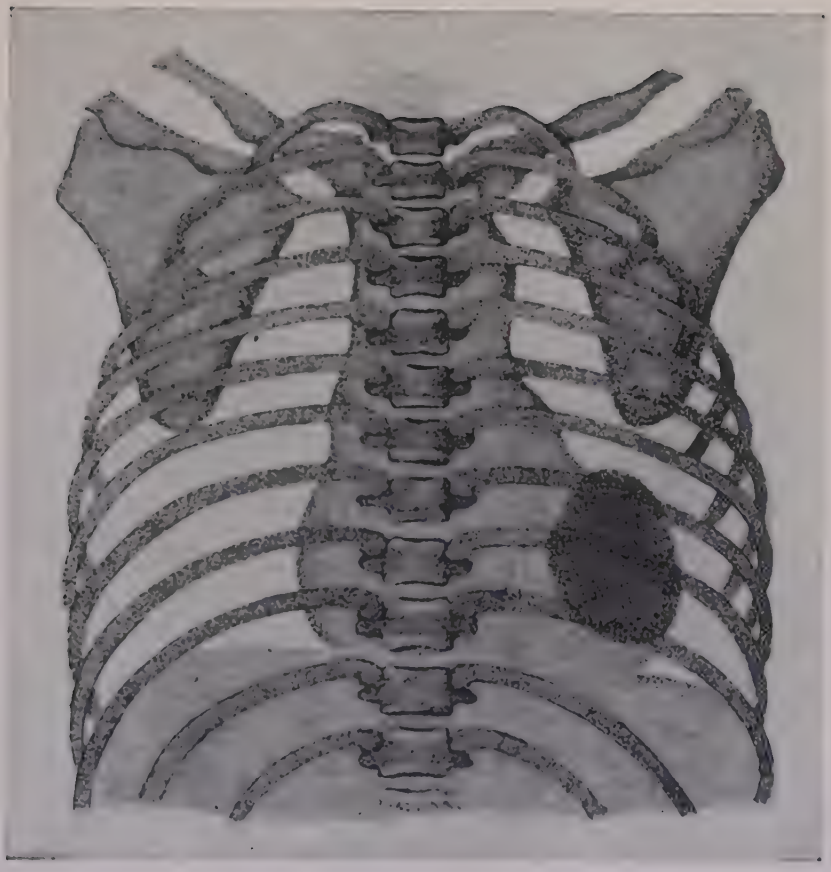
Hidátide de la base del pulmón izquierdo. Sombra peninsular, en su tercio interno confundida con la sombra cardíaca.

DIBUJO Nº 16.



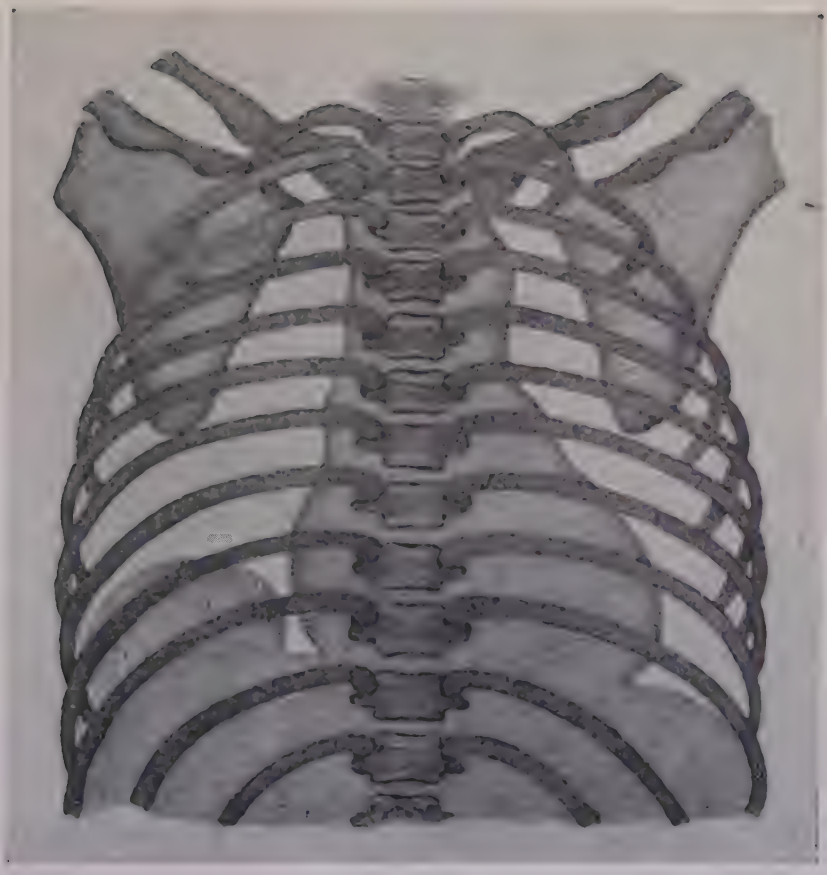
Hidátide de la base del pulmón izquierdo. Sombra peninsular, en gran parte confundida con la sombra cardíaca.

DIBUJO Nº 17.



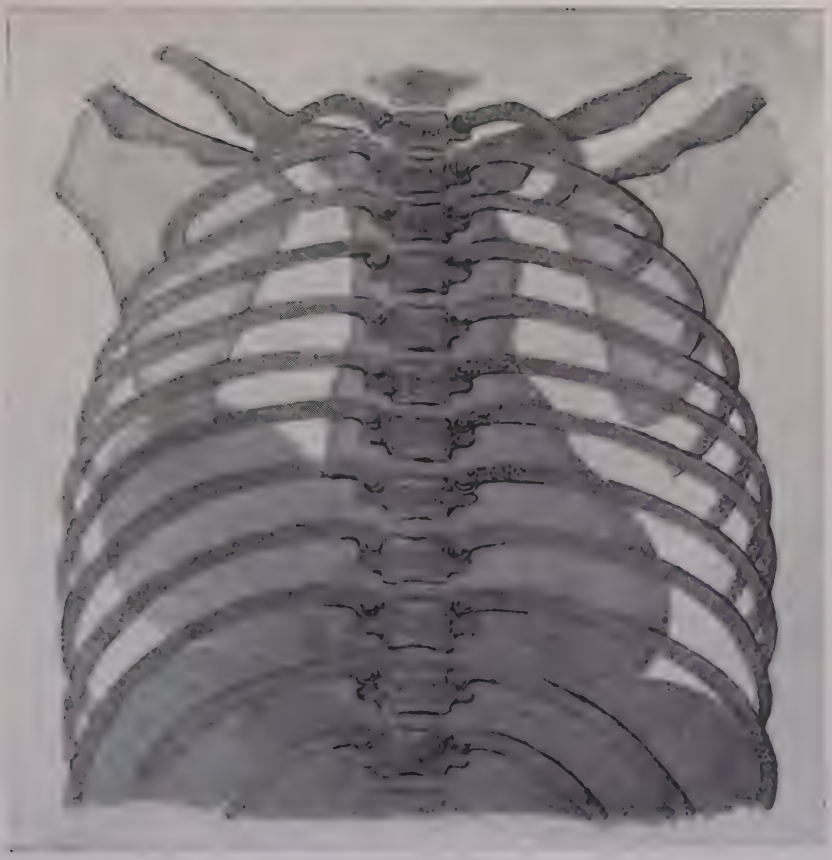
Hidátide de la base del pulmón izquierdo. Sombra peninsular, en su mayor parte confundida con la sombra cardíaca.

DIBUJO Nº 18.



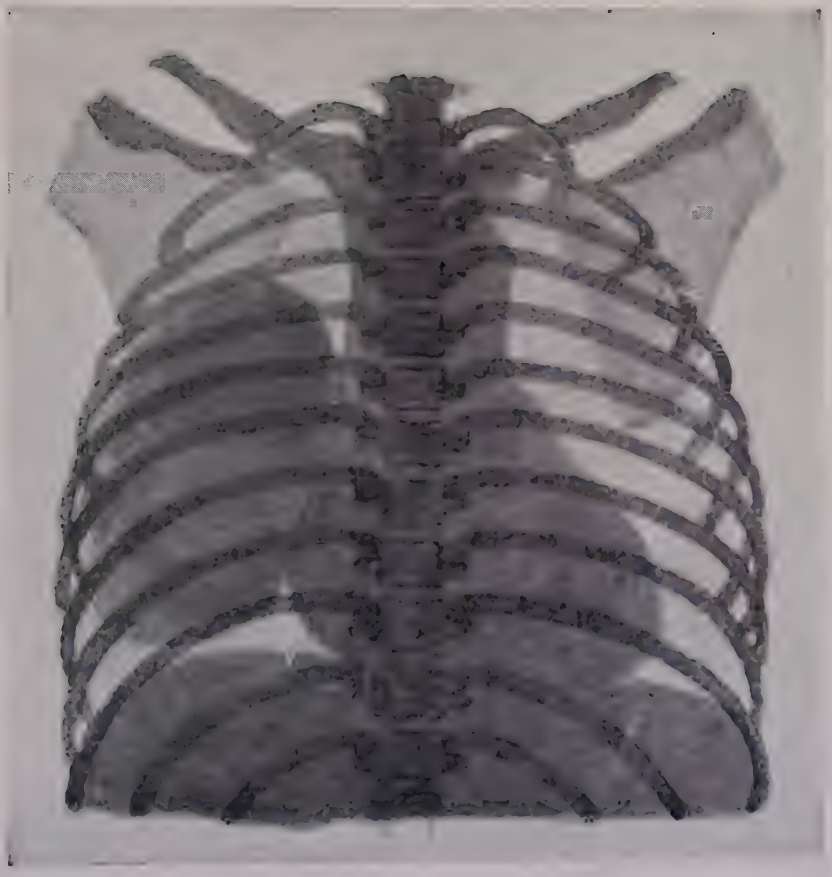
Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular.

DIBUJO Nº 19.



Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular.

DIBUJO Nº 20.



Hidátide del lóbulo mediano del pulmón derecho. Sombra peninsular.

DIBUJO Nº 21.

Hidátide de la base del pulmón derecho. Sombra peninsular.

DIBUJO Nº 22.

Hidátides múltiples, primitivas, de los pulmones. Sombras peninsulares.

DIBUJO Nº 23.

Gran hidátide del pulmón derecho. Sombra universal. Claridad únicamente en el seno costo-diafragmático.

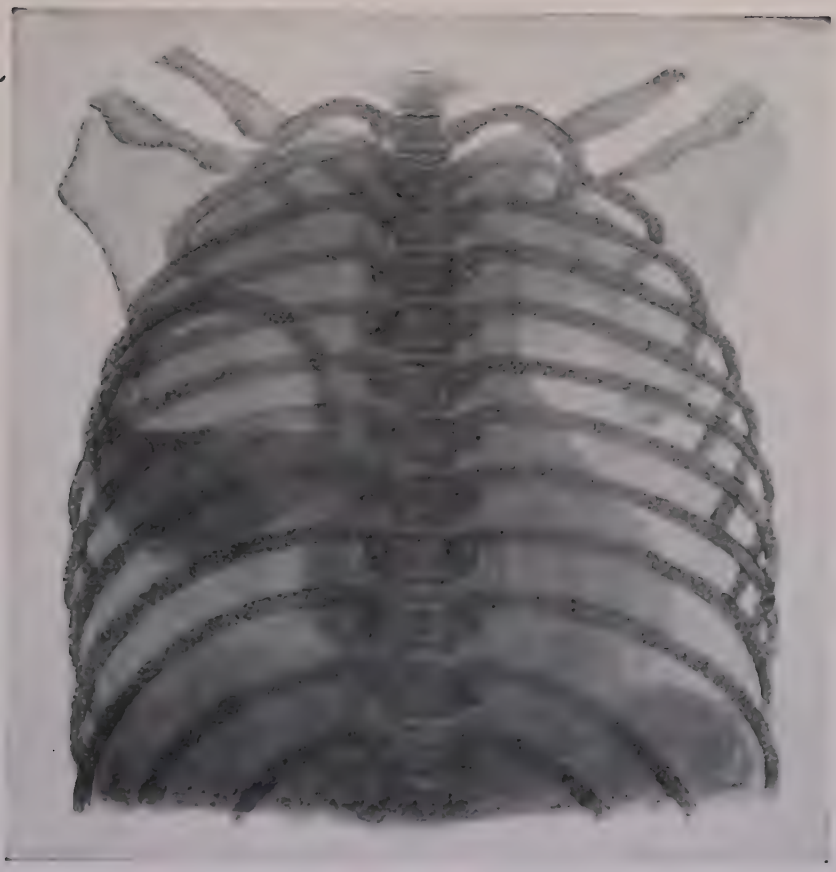
DIBUJO Nº 24.

Gran hidátide del pulmón derecho. Sombra universal.

DIBUJO Nº 25.

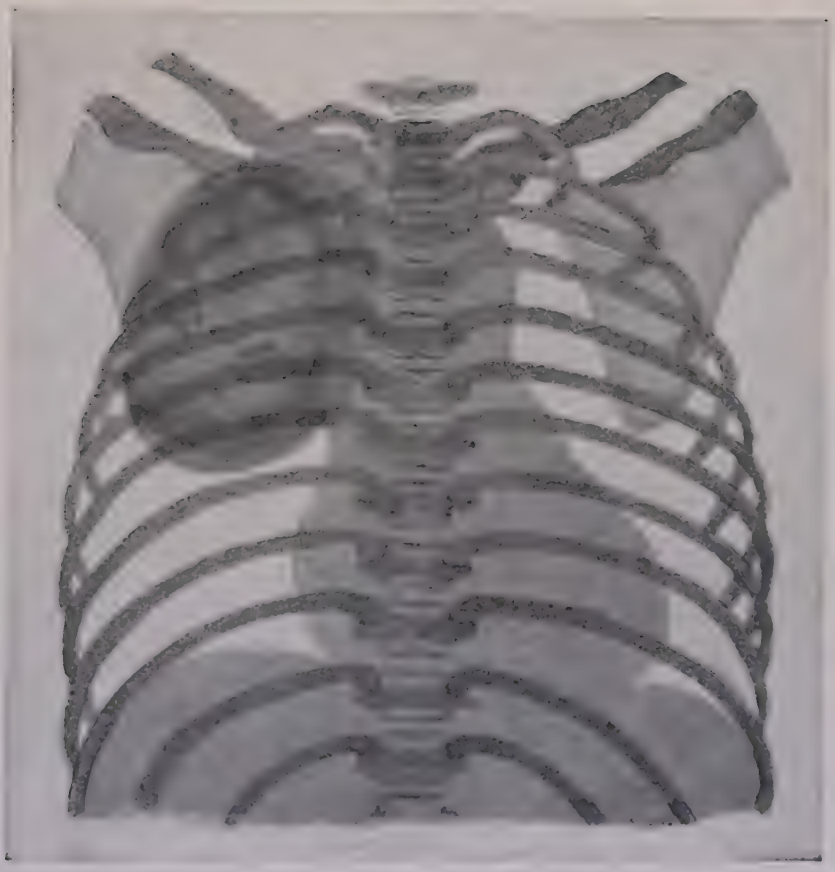
Hidátide de la cara convexa del hígado, lado derecho, e hidátide de la base del pulmón, lado izquierdo. La deformación de la base del tórax es mayor en el lado de la localización hepática.

DIBUJO Nº 26.



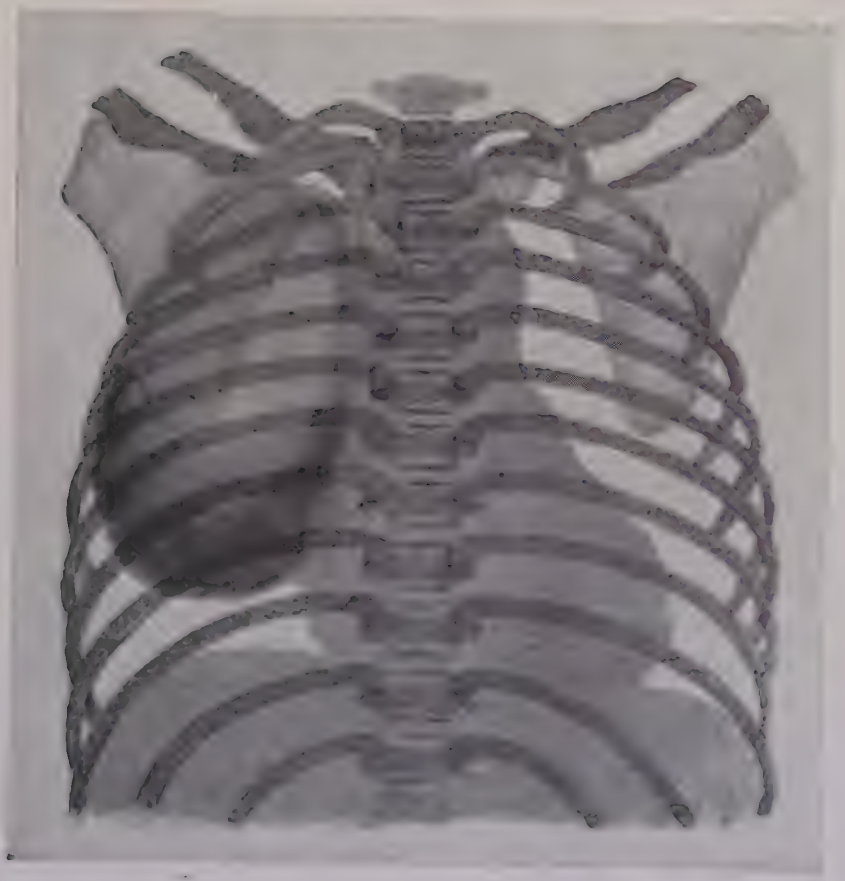
Pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar. Posición vertical.

DIBUJO Nº 27.



Pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar. Posición horizontal.

DIBUJO Nº 28.

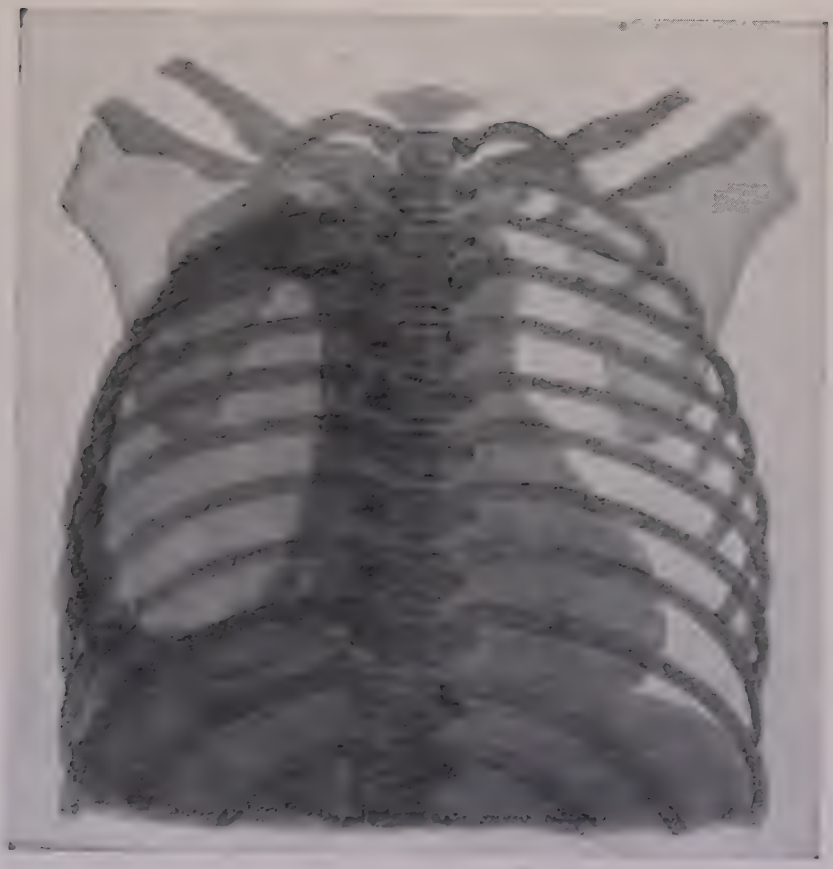


Pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar. Posición vertical.

DIBUJO Nº 29.

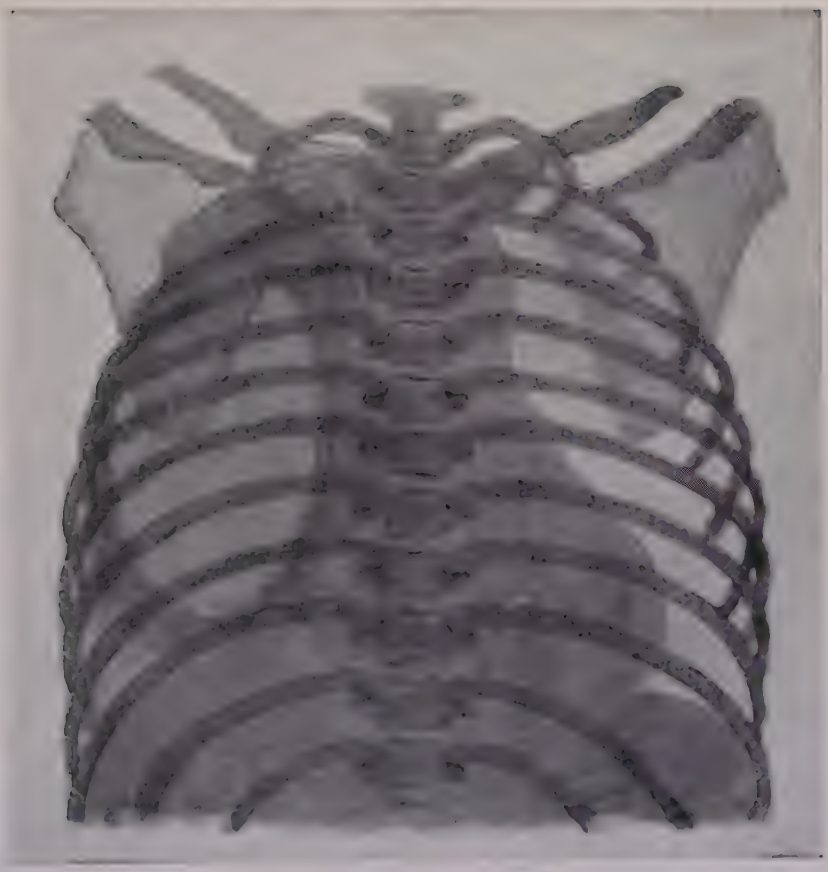
Gran pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar. Posición vertical. Sombra simulando al pio-neumo-tórax.

DIBUJO Nº 30.



Gran pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar. Posición horizontal. Sombra simulando al pio-neumotórax

DIBUJO Nº 31.



Cavidad quística dejada por una gran hidátide recientemente operada.

DIBUJO Nº 32.

Cavidad quística dejada por una gran hidátide operada, 15 días antes. En el vértice y en la base aparecen zonas claras correspondientes a pulmón funcionante, antes atelectasiado.

llas inferiores; en efecto, en las grandes hidátides hepáticas con crecimiento toráxico, las costillas inferiores, y por lo tanto, la base del tórax, se muestra, en las radiografías, sumamente deformada por ensanchamiento de su curva y por la separación de sus arcos, con la correspondiente abertura de los espacios intercostales (Radiografías Nº 38 y 41); en las hidátides de la base del pulmón, por el contrario, no se asiste a esa gran deformación, y apenas si se notan pequeñas variaciones en la dirección y posición de las costillas (Radiografía Nº 18), lado derecho, Nº 12 y 7). La gran deformación de los arcos costales, originada por las voluminosas hidátides hepáticas superiores, se aprecia todavía mejor comparando las radiografías obtenidas antes y después de efectuada la intervención quirúrgica, la cual, al desalojar al parásito, permite que, luego y paulatinamente, los arcos costales vuelvan a su forma y a su dirección primitiva normal (Radiografías Nº 42 y 43). La misma apreciación puede también hacerse en algunas observaciones de hidatidosis hépato-pulmonar, cuando coincide una hidátide póstero-superior del lóbulo derecho del hígado y una hidátide grande del pulmón izquierdo. El lado donde se desarrolla la hidátide hepática con evolución toráxica se deforma siempre más (radiografía Nº 39 y dibujo Nº 25). Demás está decir que las hidátides hepáticas con evolución toráxica no siempre tienen el tamaño exigido para levantar la cúpula hasta los extremos que hemos descripto; naturalmente, que en esto hay graduaciones que se acusan radiográficamente por cúpulas cuyo punto culminante alcanza a la octava, séptima, sexta, quinta o cuarta costilla.

Fuera aún de las elevaciones de la bóveda diafragmática que originan las hidátides superiores del hígado, menester es también hacer constar que ciertas de ellas sólo se acusan por una deformación de la línea convexa que superiormente limita la cúpula; así suelen observarse placas radiográficas donde la sombra grande del hígado se ve coronada no ya por una línea curva convexa, sino más bien por una línea horizontal; otras veces también — es el caso de pequeñas hidátides superficiales de la cara superior del hígado — la convexidad normal de la cúpula, sin elevarse mayormente, aumenta en un sitio la convexidad de su curva.

Es en la base izquierda, aunque con menos frecuencia que en la derecha, donde las radiografías torácicas nos enseñan aún sombras peculiares proyectadas por las hidátides pulmonares de ese lado. Examinemos desde ya las más interesantes de ellas, especialmente las sombras peninsulares izquierdas, es decir, aquellas sombras hidatídicas que radiográficamente no logran independizarse de las otras sombras normales de la región.

La observación radiológica normal de la base izquierda nos muestra, desde luego, diferencias sensibles con la base derecha, las que no está demás recordar aquí para de esa manera apreciar mejor las sombras hidatídicas del pulmón izquierdo.

La base izquierda, radiográficamente, bastante más reducida que la derecha, se presta mucho para que la sombra de una hidátide pulmonar se confunda o toque con las sombras vecinas. La reducción del campo pul-

Hidátide del pulmón izquierdo. Sombra superpuesta con la sombra correspondiente a la parte superior del corazón

(Observación personal)

Hidátide del vértice del pulmón izquierdo. Sombra peninsular, tocando por debajo con la sombra correspondiente al corazón

(Observación personal).

Hidátide de la base del pulmón derecho, cuya sombra toca y se confunde con la sombra hepática y con la sombra cardíaca.

(Observación personal)

monar en este lado se debe al avance que hace la sombra del corazón en la parte que corresponde a la proyección del ventrículo izquierdo. Actuando los rayos en sentido sagital ántero-posterior, la reducción se acusa en la plantalla o en la placa por un angostamiento de la claridad pulmonar interpuesta entre el borde cardíaco y la línea costal externa. Si bien en la base izquierda la cúpula diafragmática es más baja que en el lado derecho, la resultante es siempre la desigualdad radiográfica de las áreas pulmonares, siendo la del lado izquierdo más pequeña. En la proyección radiográfica de la base izquierda — lo mismo que en la derecha — se puede delimitar la zona clara pulmonar por tres líneas: la inferior, la interna y la externa. La línea inferior corresponde al límite de la cúpula diafragmática; ella es ligeramente convexa y contribuye por sus dos extremidades a formar dos ángulos, el interno y el externo: el ángulo interno, el cardiodiafragmático, lo forma por su intersección con la línea cardíaca; el ángulo externo lo forma con la aparente línea que marcan axilarmente las curvas de las costillas.

Es en el segmento interno del campo pulmonar correspondiente a esta base donde en ciertas circunstancias se puede localizar una sombra peninsular proyectada por la presencia de una hidátide, de tamaño reducido, desarrollándose en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. Es importante para el diagnóstico conocer este sitio — verdadero escondite radiográfico — pues la presencia, ahí, de una pequeña sombra hidatídica, puede pasar inadvertida en un examen no muy

minucioso, o ser tomada por la sombra de un corazón hipertrofiado. Aquí, lo propio que en la base pulmonar derecha, la sombra cardíaca ventricular puede ocultar en parte o casi totalmente a una hidátide pequeña situada por detrás y proyectada a la pantalla o a la placa en una aplicación de rayos en sentido sagital. Es también por un refuerzo del tono opaco correspondiente a la imagen del ventrículo, o por una saliencia o creciente situada sobre el borde ventricular, que hemos podido denunciar pequeñas hidátides (Radiografías Nº 22, 23, 30 y 31, y dibujos Nº 15, 16 y 17). Y es aún por radiografías sucesivas, a intervalos apreciables, que se puede asistir a la separación o desdoblamiento de esas sombras, cuando la hidátide crece hacia afuera, siendo todavía por las aplicaciones laterales de rayos que se tiene la prueba radiológica de la independencia de la mancha hidatídica con relación a la mancha cardíaca situada por delante.

No siempre las sombras hidatídicas de la base izquierda se fusionan o esconden tras la imagen del ventrículo izquierdo; algunas de ellas, situadas un poco más hacia arriba se tocan o superponen con la sombra correspondiente a la aurícula; por supuesto, que estas nunca llegan a esconderse por completo tras la sombra del corazón, pues a ese nivel la tal sombra es muy reducida (Radiografía Nº 25, y dibujo Nº 22, lado derecho).

Fuera de las sombras hidatídicas peninsulares cardiopulmonares de la base izquierda puede aún verse, aunque más rara vez, sombras hidatídicas cuyo segmento inferior se confunde o toca con la sombra proyec-

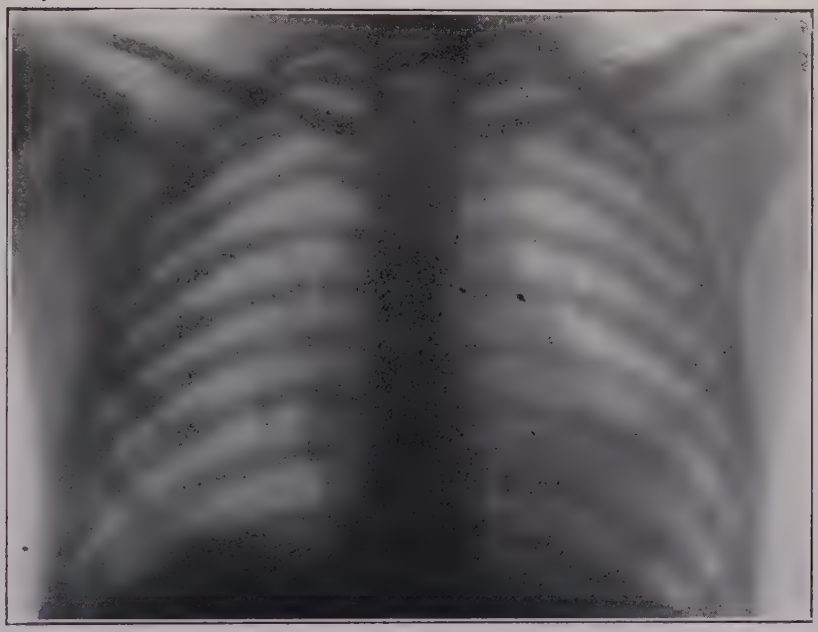
RADIOGRAFIA N.° 28

Hidátide pequeña de la base del pulmón derecho,
cuya sombra se superpone y se confunde
con la sombra cardiaca

(Observación personal)

Hidátide de la base del pulmón izquierdo. Sombra superpuesta a la sombra correspondiente al ventrículo

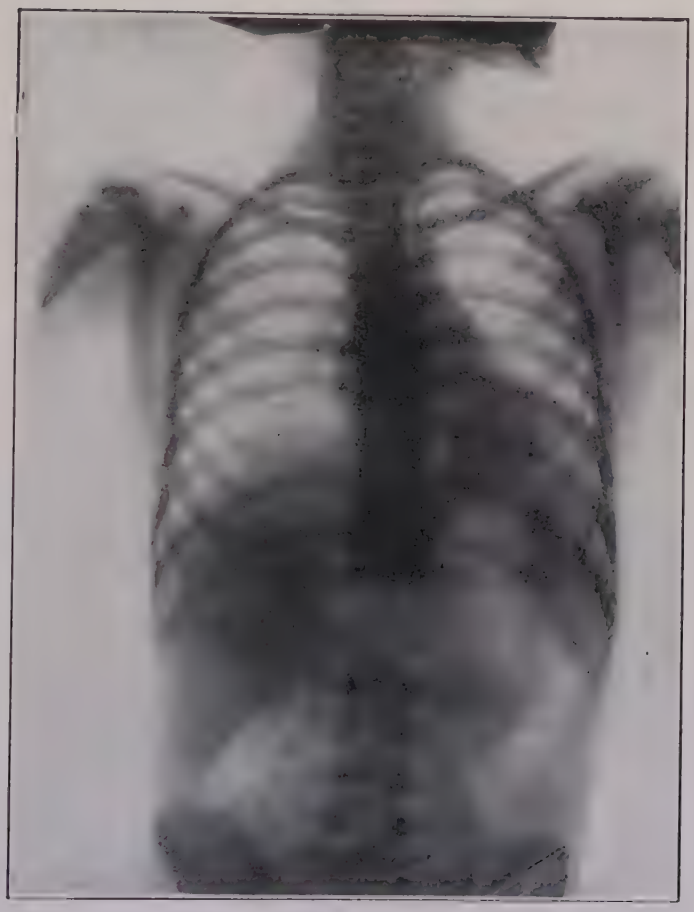
(Observación personal)



Hidátide de la base del pulmón izquierdo. Sombra superpuesta a la sombra correspondiente al ventrículo

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 31.



Hidátide de la base del pulmón izquierdo. Sombra superpuesta a la sombra correspondiente al ventrículo

(Observación personal)

tada por la cúpula diafragmática de ese lado. Las mismas consideraciones que hiciéramos a propósito de esa clase de sombras en la base derecha, son también aplicables aquí en lo que se refiere al diagnóstico diferencial radiográfico entre las hidátides, del lóbulo inferior izquierdo del hígado. Sólo agregaremos que, en ese sitio, la cúpula diafragmática puede elevarse también a causa de la presencia de hidátides ubicadas en el polo superior del bazo.

*
* *

El estado radiográfico de las hidátides mediopulmonares es también interesante, aunque más simple por cierto, que el de las desenvueltas en la base. Radiográficamente, las hidátides con esa localización son quizá las más a propósito para destacarse en medio de la claridad pulmonar que las rodea en una buena parte de su extensión; según que sus sombras se conserven independientes en toda su circunferencia o que, por el contrario, se confundan o toquen en algún segmento con sombras vecinas, se distinguen en ellas, también, dos clases de imágenes: las insulares y las peninsulares.

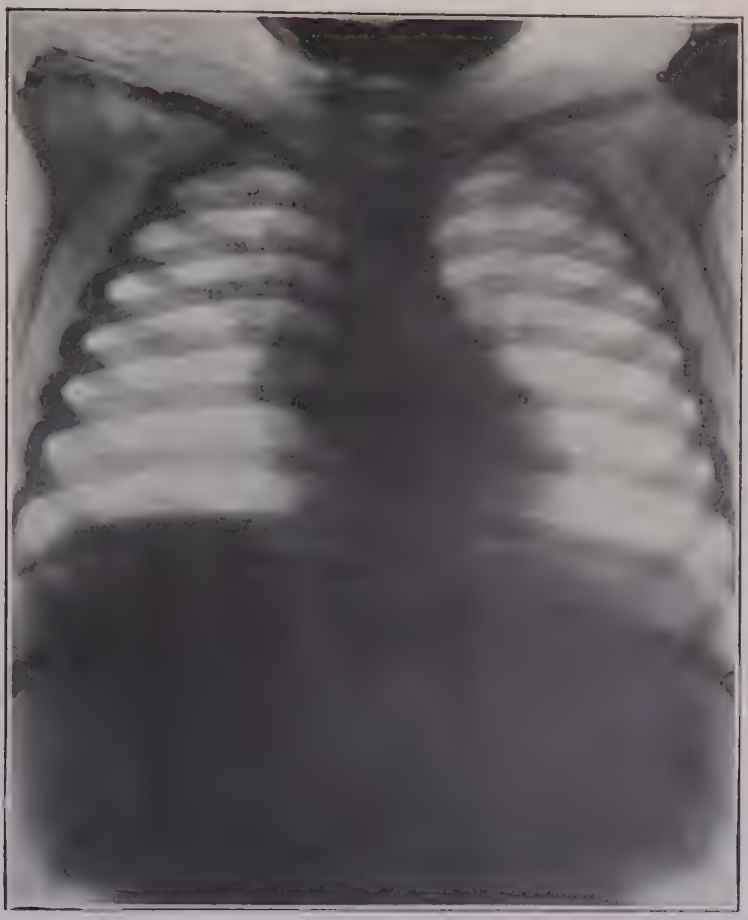
Las sombras insulares, originadas por hidátides de discreto tamaño, encuentran seguramente en la parte media del pulmón un sitio a propósito para proyectarse como tales, especialmente en lo que atañe a la independencia de sus extremos superior e inferior. Dada la altura del área pulmonar, únicamente las hidátides muy voluminosas pueden extender su sombra des-

de la base hasta la cumbre; no acaese, sin embargo, lo propio, en lo que concierne al ancho de la sombra, pues en ese sentido la claridad pulmonar en su proyección sagital tiene una extensión limitada. En efecto, sabemos que la imágen torácica normal de todo sujeto mirado de frente nos muestra los campos pulmonades limitados hacia afuera por la línea costal axilar, y hacia adentro sobre todo por la gran sombra proyectada por la columna, el esternón, órgano del mediastino y muy singularmente por la gran sombra cardioaórtica con su forma triangular, cuya extremidad superior no esfuma en la sombra vertebral a la altura donde lateralmente arrancan las sombras claviculares, y cuya extremidad inferior no continúa — como lo vimos ya — con la sombra diafragmática.

Es precisamente con esa gran sombra cardiovascular con quién en su ecuador tocan muy habitualmente las imágenes proyectadas por las hidátides mediopulmonares. Recordaremos que la sombra cardiovascular cuyos bordes laterales en su segmento inferior están dados respectivamente por el ventrículo izquierdo y por la aurícula derecha, presenta más hacia arriba, en el sitio donde puede entrar en contacto con las sombras hidatídicas medianas, dos bordes también; el borde que mira al pulmón izquierdo formado, arriba, por la aorta descendente, y más hacia abajo la arteria pulmonar y la aurícula izquierda; el borde que mira hacia el pulmón derecho y que corresponde a la proyección de la aorta ascendente y de la vena cava superior.

Sombra pulmonar, dos días después de haberse eliminado por vómica una pequeña hidátide central del lóbulo superior del pulmón derecho. Aún se apercibe la pequeña cavidad quística, entre la 3.a y 4.a costilla, en medio de una zona de congestión

(Observación personal)



Sombra pulmonar después de 15 días de haberse eliminado, por vómica una pequeña hidátide del lóbulo superior del pulmón derecho. La pequeña cavidad ha desaparecido y la zona congestiva se ha reducido

(Observación personal)

Las sombras peninsulares proyectadas por las hidátides medio-pulmonares tocan entonces, en mayor o menor extensión y por la parte de su círculo que mira la línea media, con la sombra cardiovascular; por la parte de su círculo que mira hacia afuera pueden llegar o no llegar hasta la línea externa que proyectan las curvas costales.

Es por su parte superior e inferior, verdaderos polos de estas sombras, que ellas permanecen aisladas de las sombras vecinas; por su parte superior, y en la zona pulmonar que corresponde al vértice, queda un casquete claro, de forma triangular, colocado inmediatamente por encima de la hidátide y que se extiende hasta el punto más alto de la caja torácica; por su parte inferior, la sombra hidatídica, como queda una porción de pulmón funcionando, se detiene antes de llegar a las cúpulas diafragmáticas—derecha e izquierda—distinguiéndose por esto una franja o zona clara interpuesta entre la línea convexa inferior de la hidátide y las líneas, igualmente convexas, superiores de las cúpulas (Radiografía Nº 37).

Son las hidátides desarrolladas en el lóbulo medio del pulmón derecho las que más se prestan para dar las sombras que acabamos de describir; en el pulmón izquierdo pueden, empero, mostrarse, cuando las hidátides se desenvuelven en la porción del lóbulo—superior o inferior—vecina a la cisura interlobular.

El tercio superior del campo pulmonar nos enseña también, aunque más rara vez, las características som-

bras hidatídicas; son, como se comprende, las hidátides ubicadas en el lóbulo superior, en el vértice o muy próximos a él los que proyectan estas sombras.

Dado de que aquí el área pulmonar se estrecha considerablemente, la proyección sombría de una hidátide de pequeño o mediano tamaño basta ya para que la radiografía nos muestre imágenes que llenan y ocupan toda la región, hasta el punto de que la mayor parte de la semicircunferencia superior de la mancha se confunde con la sombra vecina, esfumándose su contorno con la proyección de la columna vertebral por adentro, de la clavícula y primer arco costal por arriba, y del omóplato por afuera. Pero, en cambio, es su semicircunferencia inferior por la que la sombra hidatídica, haciendo el contraste con la claridad pulmonar, nos enseña su nítido contorno, convexo, extendido desde la sombra de la columna o de la sombra cardiovascular hasta la línea externa lateral del tórax.

Son las hidátides desenvueltas especialmente en los lóbulos superiores de los pulmones las que dan sombras torácicas altas. Por las razones expuestas, ellas muy excepcionalmente son sombras insulares; casi siempre las vemos presentando contactos con las otras sombras del tórax (radiografía Nº 18), (la hidátide situada en la parte superior del hemitórax derecho). (19 lado derecho, y 26).

La equinococosis hidatídica múltiple del pulmón ofrece a veces también oportunidad de poder apreciar dos o más sombras simultáneas en las radiografías

RADIOGRAFIA N.° 34.

Pequeña hidátide de la base del pulmón derecho, recientemente abierta por vómica. La gran reacción pulmonar periquística, producida esconde la pequeña cavidad con líquido aún y cuyo nivel se aprecia por una corta línea horizontal situada en la parte superior de la sombra

(Observación personal).

RADIOGRAFIA N.° 35.

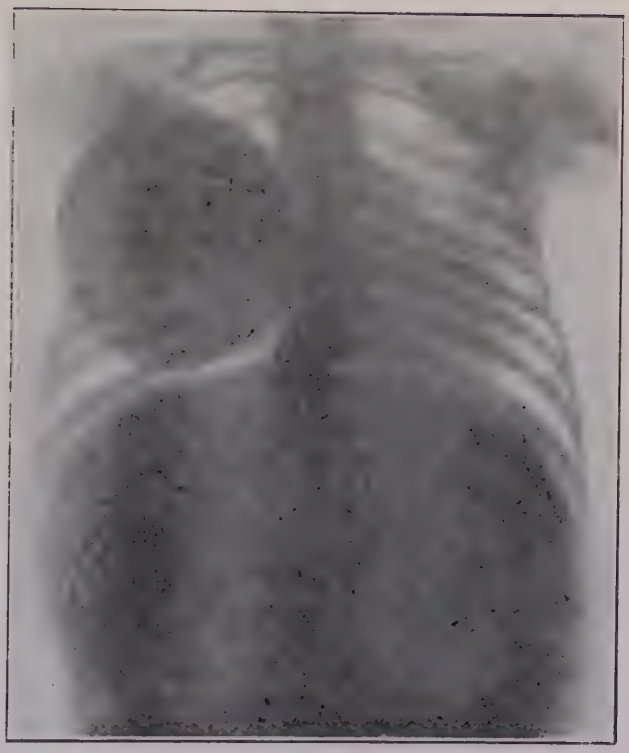
Las sombras del hemitórax derecho corresponden a una pleuresia originada por una hidátide de la cara convexa del hígado, con evolución torácica.

(Observación personal)

Hidátide del pulmón derecho. Sombra insular

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 37.



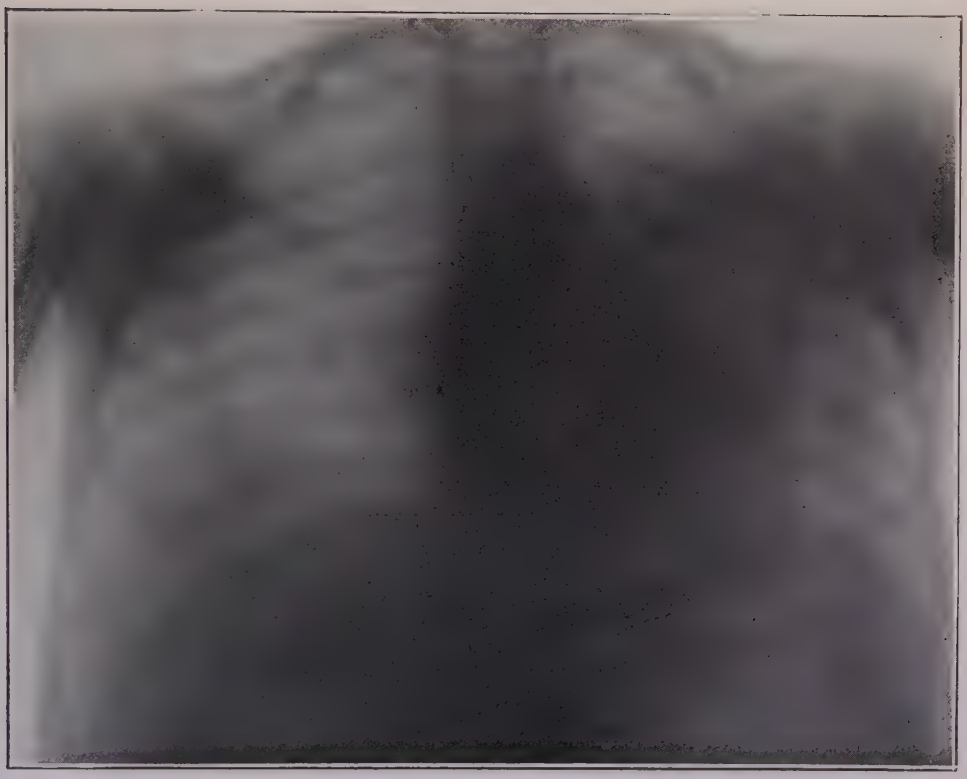
Hidátide del pulmón derecho. Sombra insular, vista por atrás

(Observación personal).

RADIOGRAFIA N.° 38.

Hidátide de la cara convexa del hígado. Manifiesta deformidad de la base del tórax derecho

(Observación personal)



Hidatídosis hepato-pulmonar. Hidátide de la cara convexa del lóbulo derecho del hígado. Hidátide del pulmón izquierdo abarcando, su sombra, toda la base y parte mediana del órgano. La deformación esquelética de la base del tórax es mayor en el lado derecho, no obstante que la hidátide hepática era más pequeña que la hidátide pulmonar

(Observación personal).

Hidátide de la cara convexa del hígado, con evolución toráxica

(Observación personal)

Hidátide de la cara convexa del hígado, con evolución torácica. Deformidad de la base del tórax en el lado derecho.

(Observación personal)

Hidátide de la cara superior del hígado, lóbulo derecho, con evolución torácica, dos días después de la operación. El límite superior de la cavidad corresponde a la sombra dada por el diafragma fusionado a la adventicia; el límite inferior al hígado cuya cara convexa se presenta irregular.

(Observación personal)

Hidátide de la cara superior del hígado, lóbulo derecho, con evolución torácica.

(Observación personal)

torácicas; la simultaneidad y la mayor equivalencia, en cuanto a tamaño de las sombras hidatídicas denunciadas abogan, como se comprende, en favor de una hidatidosis múltiple primitiva, o también, si se quiere, de una equinococosis pulmonar metastática. En oposición a estos casos de sombras más o menos de igual tamaño y simultáneas, puede también la radiografía descubrir imágenes de tamaño muy diferente e imágenes cuya aparición está separada por un lapso de tiempo; naturalmente, que en los casos de esta índole, todo hace entonces presumir que no se trata ya de infecciones contemporáneas, sinó más bien de infecciones sucesivas extemporáneas.

Las mismas consideraciones que nos han sugerido las sombras hidatídicas únicas, en lo que se refiere a su forma y ubicación dentro del escenario torácico proyectado por la radiografía, son aplicables también a aquellos casos en que los rayos X nos denuncian dos o más hidátides intactas. Las sombras, en sí más o menos redondas siempre, con límites bien definidos, se presentan separadas unas de otras, guardando con las sombras normales torácicas las relaciones que ya hemos expresado tratando las imágenes únicas. Y así vemos que, según su tamaño y ubicación, y según también su relación con las sombras normales vecinas, ellas pueden todavía distinguirse en insulares y peninsulares (radiografías números 18 y 19 y dibujo Nº 22).

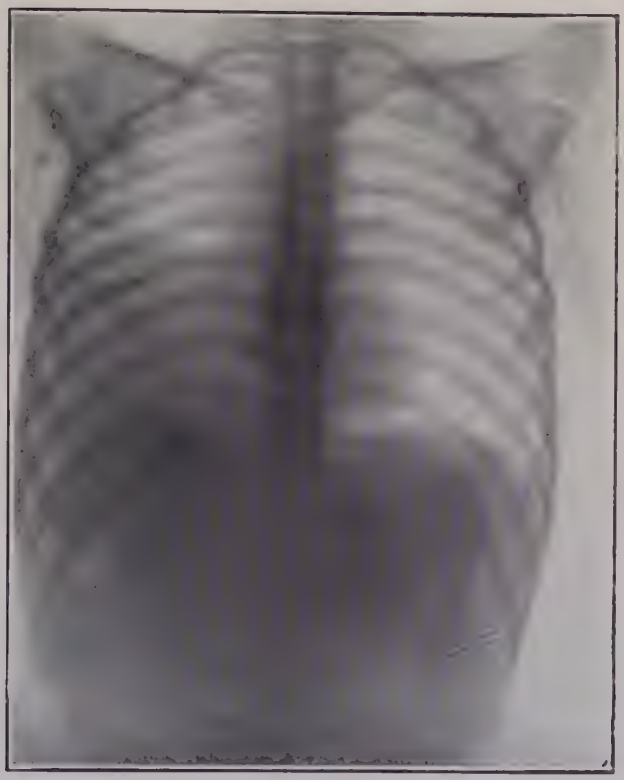
Dijimos al establecer nuestra teórica división que, a veces, y como consecuencia del gran tamaño adquirido por la hidátide radiografiada, la sombra proyec-

tada ocupa toda el área pulmonar, tocando, por lo tanto, con las sombras normales de la vecindad; para ellas, y en razón de su extensión, propusimos entonces el nombre de sombras hidatídicas universales. El estudio radiográfico de esta clase de imágenes es también muy interesante.

La gran extensión de la sombra hidatídica quita ciertamente a la imagen obtenida sus características más notables. En efecto; fuera de que por el hecho mismo de su extensión la sombra así proyectada, toda o casi toda, se confunde, en la mayor parte de su contorno, con las otras sombras torácicas normales, menester es aún agregar que en estos casos también desaparece en una gran parte y aún totalmente a veces la claridad pulmonar, que, como ya lo hemos dicho, se presta a la perfección como color de fondo, para hacer resaltar la sombra u opacidad determinada por la hidátide. Y es tal, en ciertos casos, la desfiguración que, por el hecho de su gran tamaño, se puede operar en una sombra hidatídica del pulmón, antes seguramente característica, que ella queda entonces reducida a una verdadera nube que cubre todo el campo pulmonar, siendo seguramente muy difícil su identificación, a los fines del diagnóstico radiográfico.

Las sombras universales, dado el enorme tamaño que en algunos casos alcanzan las hidátides pulmonares, se presentan con alguna frecuencia en la práctica radiográfica de la infancia. Veamos cómo ellas se presentaron en los casos por nosotros observados.

Ante todo diremos que estas sombras, tan exten-



a) Antes de la operación.

Hidátide de la cara superior del hígado, lóbulo derecho, abierta en un bronquio.

(Observación personal)

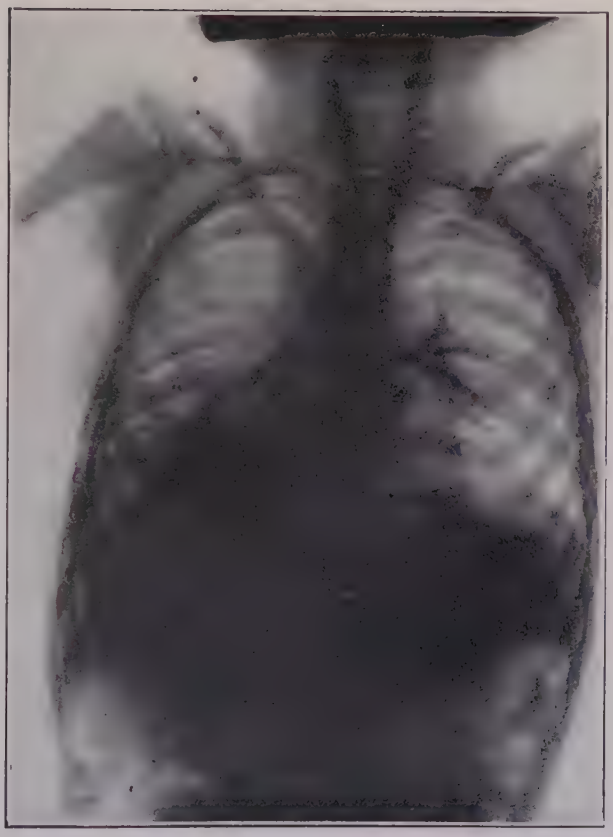
b) Después de la operación.

(Observación personal)

c) Después de la operación con lipiodol inyectado.

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 44.



Hidátide supurada de la cara superior del hígado, abierta en un bronquio. La inyección del lipiodol muestra una cavidad en la base del pulmón en comunicación con bronquios.

(Observación personal)

sas que llenan todo el campo pulmonar, no son sinó el último grado de imágenes anteriores que fueron a su debido tiempo sombras insulares o peninsulares y que por el hecho de su constante crecimiento fueron poco a poco ocupando todo el espacio claro torácico hasta juntar su contorno, total o casi totalmente, con el marco oscuro determinado por las sombras normales del tórax.

La ocupación del campo pulmonar por la sombra originada por las vesículas hidatídicas grandes se efectúa en todos sentidos, y de ahí que por adentro toquen y se confundan con la sombra cardíaca y de los grandes vasos, por abajo con la cúpula diafragmática y por arriba se extiendan hasta llenar la zona apical. Así puede verse en algunas radiografías, y como grados extremos de estas sombras universales, una extensa opacidad que llena todo el campo pulmonar, sin que en ningún lugar se pueda apreciar su límite o contorno (radiografías números 14 y 17, dibujo Nº 24).

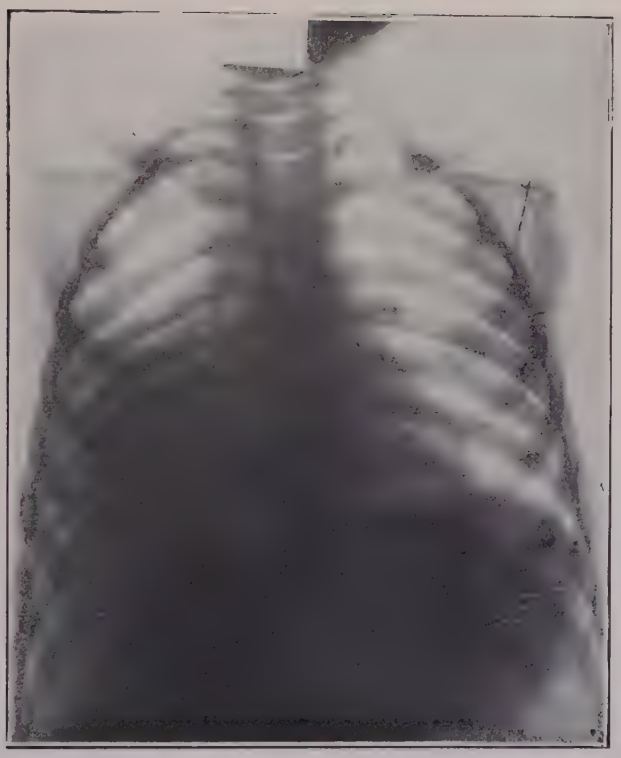
La fusión de la sombra originada por las hidátides grandes con las sombras vecinas normales no es siempre, sin embargo, completa y muchas veces quedan libres algunas porciones del campo pulmonar, siendo entonces en estos sitios donde se puede apreciar un segmento del contorno curvilíneo correspondiente a la sombra hidatídica. Así vemos que en algunas observaciones, no obstante el tamaño de la gran sombra vesicular, tanto por debajo como por encima de ella, quedan, sin embargo, pequeñas zonas claras correspondientes a la base, al seno costodiafragmático y al vértice pulmonar (Radiografía Nº 16, dibujos 20 y 21);

en otras, si bien la sombra se confunde por adentro y por abajo, respectivamente con las sombras cardiovascular y diafragmática, ella deja libre, sin embargo, toda la pequeña porción correspondiente al vértice (Radiografías números 7 y 8). En algunas imágenes la sombra hidatídica llena casi todo el pulmón, comprendido el vértice y ella sólo respeta una pequeña zona correspondiente a la base o al seno costodiafragmático. (radiografías números 10, 13 y 15, dibujo número 23).

Desde el punto de vista del diagnóstico radiográfico, en estas sombras que llenan casi todo el campo pulmonar, es importante estudiar el contorno de ella en esos sitios que permanecen claros, pues únicamente ahí es donde se puede apreciar la línea curva y convexa, como tirada al compás, que tanto caracteriza el cortono de las sombras determinadas por las hidátides intactas. Cuando la sombra ocupa toda el área pulmonar y en ningún sitio puede delimitarse su contorno, la imagen hidatídica pierde también toda su expresión radiográfica.

RADIOLOGIA DE LAS HIDATIDES ALTERADAS O CON ALTERACIONES PLEUROPULMONARES

Las alteraciones capaces de provocar la ruptura de la hidátide con el consiguiente derrame o vaciamiento de la esfera líquida, a la par que deforma al parásito, desfigura también, como es natural, su imagen radiográfica. La gran mancha circular que en la



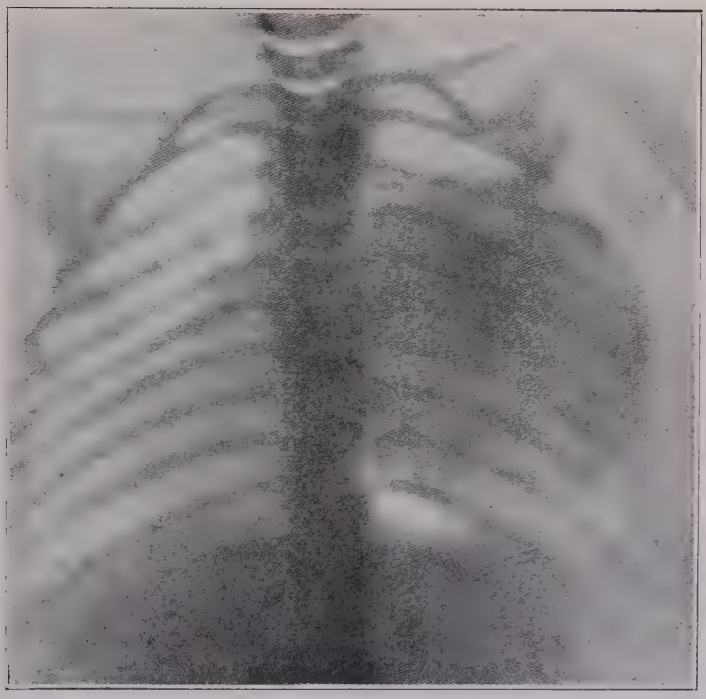
Hidátide supurada de la cara superior del hígado, abierto en un bronquio.

(Observación personal)

Hidátide supurada de la cara superior del hígado, abierto en un bronquio. Cavidad en la base del pulmón. Radiografía obtenida tres días después de la operación.

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 48.



Neumo - quiste hidatídico originado por una punción seguida de vómica.

a) hidátide intacta del pulmón derecho.

b) cavidad hidro - aérea, posición vertical.

c) cavidad hidro - aérea, posición horizontal.

(Observación personal).

RADIOGRAFIA N.° 49.

Gran pioneumo - quiste hidatídico del pulmón derecho. Posición vertical.

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 50.

Gran pio-neumo-quiste hidatídico del pulmón derecho.
posición horizontal.
(Observación personal).

Pioneumo-quiste hidatídico del pulmón derecho. Posición vertical. En los dos tercios superiores de la cavidad quística aparece la zona aérea; en el tercio inferior la zona líquida. La línea de nivel del líquido presenta irregularidades originadas por la membrana hidatídica que flota.
(nuestro signo del camalote)

(Observación personal)

Pio - neumo - quiste del pulmón derecho. Posición horizontal. La cavidad quística se oscurece en toda su extensión; la sombra así obtenida, en ciertos puntos, ofrece refuerzos de tono debidos a trozos de la membrana hidatídica.
(Nuestro signo del camalote).

(Observación personal)

placa o en la pantalla traduce la presencia del equinococo vesicular, que en síntesis es la obra del contraste que al paso de los rayos X ofrecen medios físicamente distintos, y que por la contextura parasitaria es el caso de la inclusión de una masa líquida, contenida y moldeada por una membrana, en un órgano esencialmente aereado, pierde con la ruptura y vaciamiento, desde el punto de vista radiológico, su característica más importante; de ahí que necesariamente el estudio radiológico de las hidátides alteradas o con alteraciones pleuropulmonares, deba ser tratado aparte, pues él suministra un conjunto de sombras e imágenes atípicas, muy distintas, por cierto, de esas figuras casi geométricas que en condiciones especiales de salud—parasitaria y pulmonar — determinan habitualmente las hidátides desenvueltas en el pulmón.

Sin entrar aquí a precisar las causas determinantes de la ruptura, del vaciamiento y de la vómica hidatídica, diremos, sí, que estos accidentes sobrevenidos en la vida del parásito no sólo le deforman y le destruyen, sinó que también crean otras circunstancias por las cuales la hidátide, indirectamente, pierde también su poder de identificación radiológica. En efecto, es menester no olvidar que la destrucción de la vesícula, con su consiguiente vaciamiento, trae aún aparejadas ciertas reacciones pulmonares, por las que, no sólo la estampa, sinó también el marco pierden en ese verdadero cuadro radiográfico que se obtiene por los rayos cuando las hidátides intactas se alojan en un pulmón que las tolera sin reaccionar.

Es estudiando las radiografías obtenidas en enfermos portadores de hidátides supuradas y abiertas, que podemos darnos cuenta de todo lo que pierde, en caracterización y nitidez, la imagen de una hidátide, cuando el parásito ha sufrido accidentes o cuando el órgano reacciona manifiestamente. La típica mancha circular, cuyo contorno parecería haber sido tirado con el compás, ya no existe con su expresiva regularidad; el pulmón que aparecía como ofreciendo su claridad para aumentar el contraste, se enturbia también, resultando de todo esto una nebulosa radiográfica muy difícil, a veces, de descifrar o interpretar.

Ya de por sí la sola ruptura de la vesícula, con la consiguiente pérdida de forma y contenido, es un motivo para que su imagen radiográfica cambie fundamentalmente. Cuando se ha tenido la oportunidad de mirar con la pantalla o de registrar en la placa la sombra de una vesícula grande e intacta de un hidatidoso pulmonar, y cuando a ese mismo enfermo se le observa nuevamente poco después de producirse una vómica, se echa de ver las diferencias o modificaciones fundamentales sobrevenidas en la imagen. La sombra que neta, bien circular y fija, denunciaba a la gran hidátide, resplandeciente y entera, se torna en una imagen cavitaria, en la cual un resto de líquido y de aire originan una sombra semilunar, desplazable y gravitaria, puesto que ella cambia según las posiciones en que se coloca el sujeto. A la sombra fija y nítida determinada por la vesícula intacta y distendida le sucede una cámara hidroaérea, en la que, radioscópicamente,

RADIOGRAFIA N.° 53.

Pio - neumo - quiste hidatídico del pulmón derecho. La cavidad hidro-aérea, en posición vertical, simula un cesto, en el que el continente estaría representado por la sombra oscura inferior proyectada por el líquido sedimentado, y la manija o asa por el semicírculo superior proyectado por la adventicia.

(Observación personal)

Pio - neumo - quiste hidatídico del pulmón derecho. Posición horizontal. Sombra difusa ocupando toda la cavidad quística, en ciertos sitios reforzada por restos de la membrana parasitaria (nuestro signo del camalote).

(Observación personal)

Pio - neumo - quiste hidatídico del pulmón derecho. Tres meses después de la intervención quirúrgica, curado. En el sitio donde antes aparecía la cavidad hidro - aérea, se nota ahora una franja transversal de esclerosis.

(Observación personal)

Hidátide del pulmón izquierdo. Sombra peninsular.

(Observación personal)

se puede demostrar una cavidad conteniendo líquido movible en su interior. Con la ruptura de la hidátide podríamos decir que, radiográficamente, se ha producido el derrumbe de su imagen. (radiografía Nº 48).

Pero no siempre las hidátides alojadas en el pulmón y que se rompen tienen el suficiente tamaño como para dejar, después de su eclosión, una cavidad hidroaérea bien marcada, tanto en su contenido como en su continente. Hidátides pequeñas y centrales, rotas y vaciadas, si no se examinan por los rayos inmediatamente al accidente, solo muestran después una pequeña mancha difusa, en la cual no es posible apreciar la cavidad dejada por el parásito (radiografías números 32, 33 y 34).

No siempre tampoco la observación en la hidatidosis equinocóccica pulmonar nos brinda enfermos con hidátides intactas o con vesículas recientemente abiertas por una vómica; muy común es que una hidátide infectada y vaciada, totalmente o en parte, por vómica o expectoración, requiera la radioscopía o radiografía después de un cierto tiempo de su ruptura. Es seguramente en los casos de esta índole, cuando la radiografía se nos presenta menos expresiva y cuando las imágenes más atípicas y variadas traducen la existencia de esas hidátides pulmonares alteradas. Sombras poco concretas, casi siempre difusas o amorfas, que tanto traducen los restos del quiste, y la vesícula como el parénquima vecino afectado, son las imágenes, que por los rayos X, se obtienen entonces (radiografías números 20 y 21).

Pero aún fuera de las modificaciones que, inmediatas e inherentes al estado de desintegridad vesicular se originan en las sombras radiográficas, el pulmón y la pleura pueden también antes, durante o después de la ruptura—y por procesos de congestión, hepatización, esclerosis o derrames—modificar de tal suerte su imagen que es imposible entonces precisar, en medio de esas sombras complejas, qué es lo que corresponde a la hidátide, cuál es la cavidad quística, y qué es lo que pertenece a los procesos pleuropulmonares agregados. Por supuesto, que en estas condiciones la sombra hidatídica pierde sus principales rasgos y caracteres fisonómicos, lo que, sin embargo, no quita que, a veces, en medio de ese caos radiográfico, se puedan percibir algunos detalles que revelan a la enmascarada hidátide pulmonar.

Ocurre así, ante los rayos, cuando fenómenos pulmonares esconden o enmascaran a una hidátide abierta, que en medio de la confusa sombra que traduce radiográficamente al proceso, puede percibirse, a manera de núcleo o de centro, y por accidental contraste por refuerzo de sombra, a la imagen de la vesícula o de la cavidad quística no completamente destruida y vaciada como para no permitir todavía su identificación. Natural es que en estas condiciones en las que no se ve, sinó que apenas se percibe la sombra de la hidátide, el valor del diagnóstico radiográfico disminuye considerablemente.

Las radiografías sucesivas obtenidas con intervalos en relación con la duración de los procesos pulmo-

nares o pleurales que se intercalan en la evolución de una hidatidosis pulmonar tienen por cierto su razón de ser en el diagnóstico de la afección.

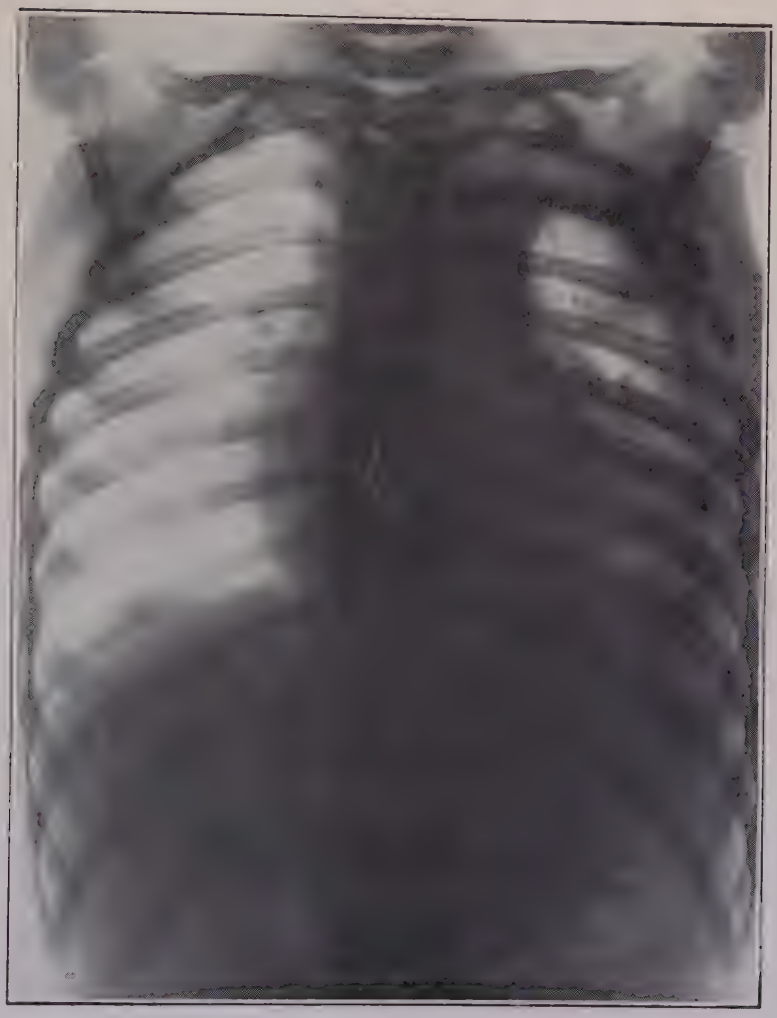
La clínica nos enseña que en los portadores de hidátides alojadas en el pulmón es muy común que se presenten, a manera de episodios, accidentes de orden pleuropulmonar, cuya manera de comportarse permite suponer que en el pulmón y sitio donde se ha desarrollado la hidátide, concomitantemente también, se han originado procesos neumónicos o pleurales más o menos típicos. Como es fácil comprender, si la radiografía interesa al pulmón durante la eclosión de esos accidentes pleuropulmonares—que también tienen su expresión radiográfica—las imágenes obtenidas nos dan entonces sombras complejas, en detrimento esto de la nitidez que corresponde a la sombra vesicular cuando ella aparece en un pulmón indemne de esos procesos. (Comparar las radiografías números 59 y 60). Pero ahora bien, si esos procesos desaparecen por reabsorción más o menos completa, las ulteriores radiografías pueden ofrecer la imagen de la hidátide nítida o pura con sus contornos bien definidos, y libre, por lo tanto, de esas otras manchas o nubes sobreagregadas que contribuyeron antes a enmascararla. Tal es el caso—y vaya como ejemplo—la descaracterización que se opera en la sombra de una hidátide de la parte superior del pulmón derecho durante la evolución de una neumonia de vértice, y en la que todo el contorno de la imagen vesicular se esfuma y confunde, para adquirir luego—cuando la neumonia termina por reabsor-

ción—la nitidez que le corresponde. Tal es también lo que ocurre cuando un derrame pleural de consideración tapa—como con un velo—la imagen de una hidátide alojada en la base del pulmón derecho y cuya exteriorización radiográfica retorna luego paulatinamente, en pruebas radiográficas sucesivas, y a medida que el derrame se reabsorbe. (Radiografías números 23 y 24).

Entre las imágenes correspondientes a hidátides alteradas es que también debemos incluir aquellas expresiones radiográficas correspondientes a los excepcionales casos donde una hidátide pulmonar ha determinado por su ruptura y siembra, localmente y hacia el lado de la pleura, una equinococosis secundaria, con su semillero de vesículas. El conglomerado de hidátides secundarias dió lugar, en una de nuestras observaciones, a una sombra de contornos irregulares y sin caracterización alguna aprovechable para el diagnóstico.

Es en medio de las atípicas expresiones radiográficas originadas por las hidátides abiertas en los bronquios y supuradas, que hay sin embargo una de ellas, muy especial, que así como su causa se ha ganado el derecho a una modalidad clínica y anátomopatológica, así también su imagen puede pretender una fisonomía propia radioscópica y radiográfica. Nos referimos en esto a la exteriorización que mediante los rayos X puede suministrar el pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar.

Sin entrar por esto en mayores detalles sobre la



Hidátide del pulmón izquierdo. Cavidad quística, 4 días después de la operación.

(Observación personal)

Hidátide del pulmón izquierdo. Veinte días después de la operación.

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 59.

Hidátide del pulmón derecho. Sombra insular.

(Observación personal)

Hidátide del pulmón derecho. La sombra cuyos bordes eran nítidos y regulares en una radiografía anterior, aparece ahora irregular y confusa a causa de focos congestivos desarrollados en el parenquima pulmonar periquístico.

(Observación personal)

patogenia y estudio anátomo-patológico de este proceso, tan bien estudiado e individualizado por el Prof. Dévé, deseamos, eso sí, detenernos en su estudio radiológico.

Sabido es que en ciertas condiciones la abertura de una hidátide pulmonar en un bronquio, lejos de poner un punto final a la afección—como es el caso en algunas vómicas espontáneas curativas, crea, por el contrario, una especial situación patológica, la cual, en síntesis, podría definirse diciendo que es la persistencia del nido hidatídico manteniendo en su seno los restos de una vesícula muerta, y todo esto en medio de una persistente infección y supuración insuficientemente evacuada por el bronquio comunicante. La caverna así originada, rodeada por una pared más o menos resistente, constituye un verdadero receptáculo en el cual se acumula, aunque en parte se elimine, un líquido purulento, en medio del cual puede conservarse profundamente alterada la membrana o sus restos, denunciando así, por su sola presencia, la verdadera naturaleza de la afección. Un continente más o menos organizado y un contenido líquido y gaseoso en el cual puede flotar el cadáver de la hidátide, y junto a esto una comunicación bronquial que se encarga mal de desagotar ese pozo sin fin, son, en resumen, los elementos constituyentes que entran en la formación del pioneumoquiste hidatídico pulmonar. Con tal constitución no ha sido, por cierto, una exigencia pretender que la radiografía y radioscopía nos dieran una imagen característica de la afección.

Fué examinando radiográficamente algunos casos típicos de pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar que hemos podido estudiar bastante minuciosamente la sombra bien típica que corresponde a este proceso, determinado, a veces, por algunas hidátides del pulmón.

Es aproximadamente la forma de un cesto la que en algunos pio-neumoquistes hidatídicos toma la imagen radiográfica cuando los rayos cruzan el tórax en sentido sagital, tanto ántero-posterior como póstero-anterior, y estando el sujeto en la posición vertical; el asa del cesto está dada, en la parte superior de la sombra, por la línea curva oscura originada por la proyección de aquella parte de la cavidad quística no ocupada por el líquido; el continente o receptáculo del cesto, a su vez está dado por la sombra semilunar oscura determinada por el hemiciclo inferior de la cavidad quística, ahí donde se sedimenta el líquido que escapa a la vómica; entre la superficie de este líquido y el asa superior aparece clara la cámara gaseosa, como una media luna también, cuando el líquido solo ocupa la mitad inferior de la caverna quística total (radiografías números 48, b, 49, 51 y 53, dibujos números 26, 28, 29 y 33).

El asa del cesto, en la radiografía obtenida en la posición vertical representa a la mitad superior de las paredes de la cavidad, es decir, al involucro quístico más o menos fibroso o engrosado que en la posición vertical oficia a la manera de techo o cúpula del receptáculo. Su presencia, radiográficamente, se destaca

Hidátide del pulmón derecho. La sombra proyectada por la hidátide, cuyos bordes eran antes en otra radiografía bien nítidos, se presentan ahora irregulares y difusos, a consecuencia de un proceso congestivo periquístico.

(Observación personal).

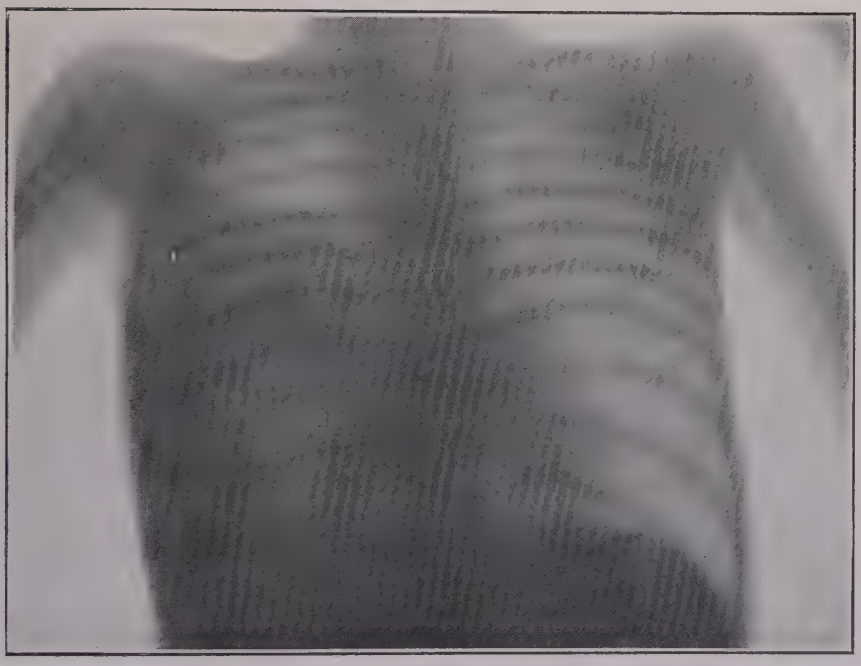
Cavidad quística, reducida al mínimo, dejada por una hidátide del pulmón derecho, operada. Ligera esclorosis anular.

(Observación personal).

Hidátide del pulmón derecho, operado. Fase final de la curación, ligera esclerosis en el sitio que correspondía al centro de la cavidad quística.

(Observación personal).

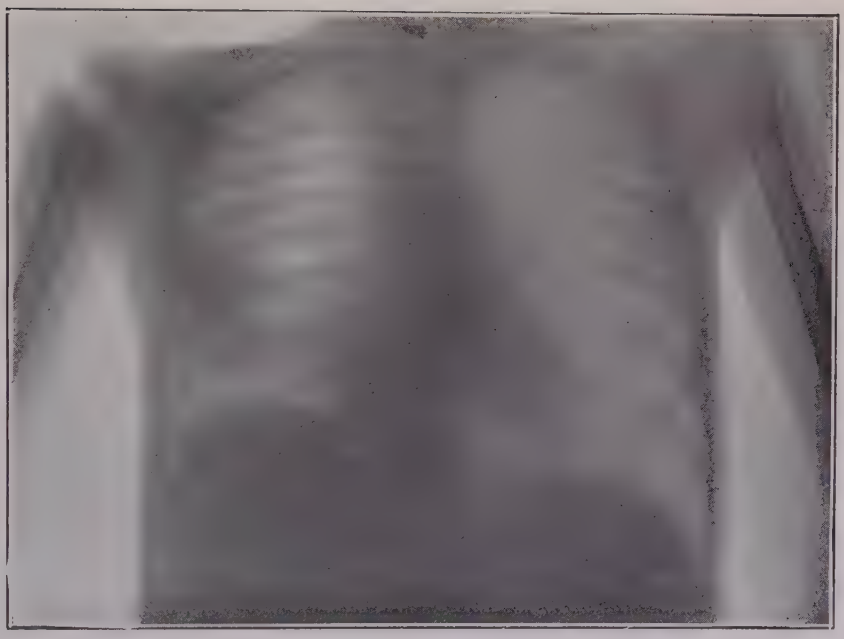
RADIOGRAFIA N.° 64.



Hidátide del pulmón derecho, cuya sombra se continúa con la sombra correspondiente al hígado.

(Observación personal).

RADIOGRAFIA N.° 65.



Corresponde al mismo enfermo, con una hidátide del pulmón derecho y cuya radiografía va al lado. Después de la intervención quirúrgica que extrajo el parásito, aparece una zona clara pulmonar interpuesta entre el quiste y el límite superior del hígado.

(Observación personal)

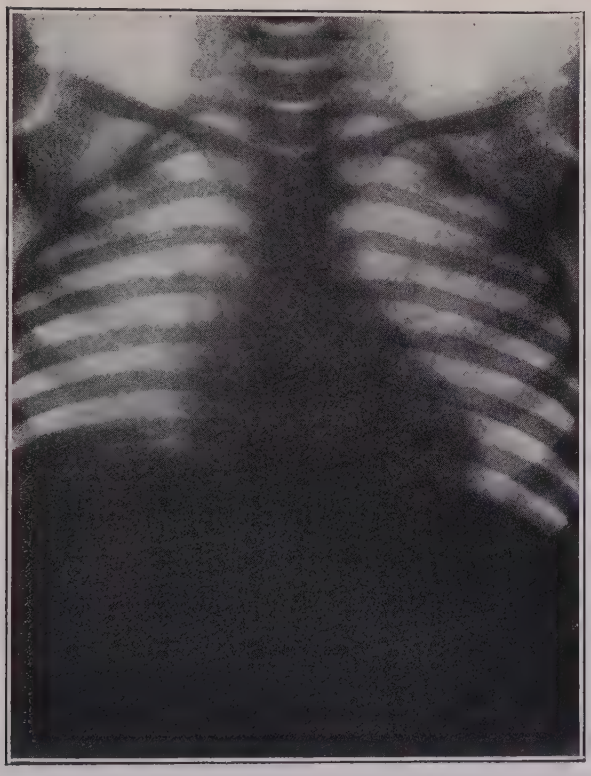
Hidátide supurada de la base del pulmón derecho.

(Observación personal).

más por cuanto la claridad de la cámara gaseosa situada por debajo, y la claridad del pulmón situada por arriba, le sirven como elemento de contraste en su visualización. Su naturaleza quística y su continuidad con la semiesfera interior de la cavidad se puede poner de manifiesto obteniendo radiografías del sujeto colocado en una posición invertida, vale decir, con la cabeza dirigida hacia abajo y los miembros inferiores hacia arriba. En estas condiciones, la imagen radiográfica se invierte también, y el asa del cesto es entonces dada por la proyección de la semiesfera inferior; la masa líquida pasa a ocupar la otra mitad del receptáculo y concomitantemente también la cámara gaseosa, más liviana, se traslada por encima del nuevo nivel líquido; en esta nueva posición, y como es natural, ocurre frecuentemente que parte o la totalidad del líquido se desaloja como consecuencia de su parcial o total desagüe en el bronquio que se abre en la parte superior de la cavidad. La inversión, en la posición del sujeto, origina, en síntesis, una inversión de la imagen, con la consiguiente inversión del asa del cesto; la proyección de la parte inferior de la pared quística aparece ahora resaltante ante el contraste que en esa posición le ofrecen la claridad pulmonar inferior y la cámara gaseosa trasladada.

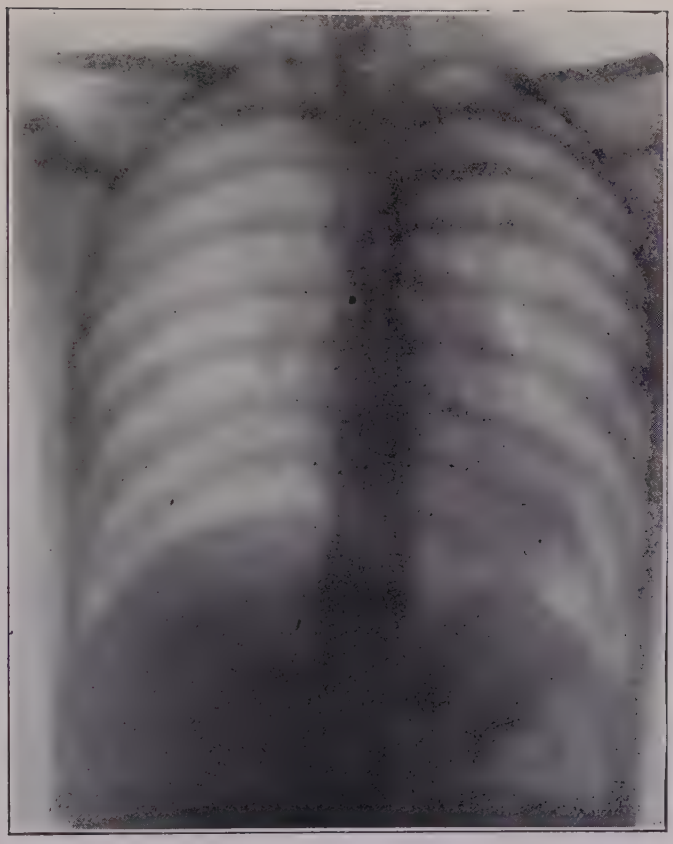
Es todavía colocando al enfermo en posición horizontal que se puede apreciar también una serie de cambios interesantes en la imagen suministrada por un pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar. Cuando la radiografía se obtiene colocando al enfermo en decú-

bito dorsal o ventral, la imagen, naturalmente, se presenta de otra manera; el líquido que ocupa la cavidad, como que goza de movilidad, se extiende, por gravitación, sobre la pared posterior o anterior del receptáculo; la cámara de gas, por razones de peso, se traslada entonces por arriba de la capa líquida; la natural consecuencia de estos traslados ocasionados por el decúbito, y siempre que los rayos X incindan en sentido sagital, es la formación de una nueva y distinta imagen, en la cual una sombra difusa llena la cavidad quística, de uno a otro extremo, sin que sea posible, como en las radiografías obtenidas en sentido vertical, diferenciar una capa líquida de una cámara gaseosa (radiografías números 50, 52 y 54, dibujos 27, 30 y 34). La sombra difusa de la nueva radiografía corresponde, obvio es decirlo, a la napa líquida atravesada perpendicularmente por los rayos X; el estudio minucioso de esta imagen obtenida en posición de decúbito vale la pena por cierto, pues ella puede también revelar algunos otros detalles de interés práctico. Tal es el caso cuando la cavidad dejada por la hidátide tiene un mayor diámetro vertical, pues, en estas condiciones, la capa líquida extendida por la posición dorsal o ventral dada al enfermo disminuye considerablemente en altura y da una sombra poco oscura, en la que en ciertos puntos puede apreciarse una intensificación o aumento de tono, como si en el producto líquido extendido en débil napa hubiera algo que en esos sitios refuerza la opacidad. ¿Cuál es entre los elementos de un pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar, el que, en esa otra ima-



Hidátide supurada de la base del pulmón derecho. Cuatro años después de la intervención quirúrgica que extrajo al parásito. En la base pulmonar derecha no aparece sombra alguna. (Corresponde al mismo enfermo que suministró la radiografía que va al lado.

(Observación personal).



Tuberculosis pulmonar, sobrevenida doce años después en un niño operado y curado de una hidátide del pulmón izquierdo. Las lesiones tuberculosas son mucho más pronunciadas en ese pulmón.

(Observación personal).

Cavidad quística dejada por una voluminosa hidátide del pulmón derecho. Radiografía obtenida una semana después de la operación.

(Observación personal).

Cavidad quística dejada por una voluminosa hidátide del pulmón derecho, cinco semanas después de la operación. La cavidad se va reduciendo a medida que el vértice y la base antes atelectasiados se van distendiendo.

(Observación personal).

Cavidad quística dejada por una voluminosa hidátide del pulmón izquierdo. Radiografía obtenida 48 horas después de la operación.

(Observación personal).

gen radiográfica, puede, en ciertos sitios de la napa, intensificar u oscurecer la imagen?

Fué ya con motivo de una observación que publicáramos juntos con mi distinguido colega el Dr. Alfredo Segers, en el año 1924, que hicimos notar esta particularidad de las imágenes radiográficas obtenidas en las cavidades engendradas y mantenidas en el pulmón, por la hidátide abierta, supurada y muerta (1); fué entonces, al detallar el examen radiográfico de una hidátide pulmonar supurada y abierta en un bronquio —verdadero pio-neumo-quiste hidatídico—y al comparar las imágenes obtenidas en la posición vertical y en la posición horizontal, que dijimos: "Si únicamente por estas dos radiografías obtenidas (la vertical y la horizontal), haciendo abstracción de todo elemento de juicio, hubiéramos de hacer un diagnóstico en el presente caso, nosotros diríamos que se trata de un quiste hidatídico supurado y abierto en un bronquio del pulmón derecho. La interpretación radiográfica sería la siguiente: en la radiografía Nº 53 (la obtenida en posición vertical) la zona semilunar oscura representa los restos del líquido, pus y membrana de la hidátide; la zona igualmente semilunar situada inmediatamente por encima, representa la cámara gaseosa o de aire mantenida por su comunicación bronquial. El límite oscuro o asa del cesto está dado por la esclerosis pulmonar o periquística cuya sombra resalta tanto más bordeando

(1) Drs. Carlos Lagos García y Alfredo Segers: "Consideraciones sobre un caso de quiste hidatídico pulmonar abierto en un bronquio". ("La Semana Médica", N.º 40, año 1924. Buenos Aires).

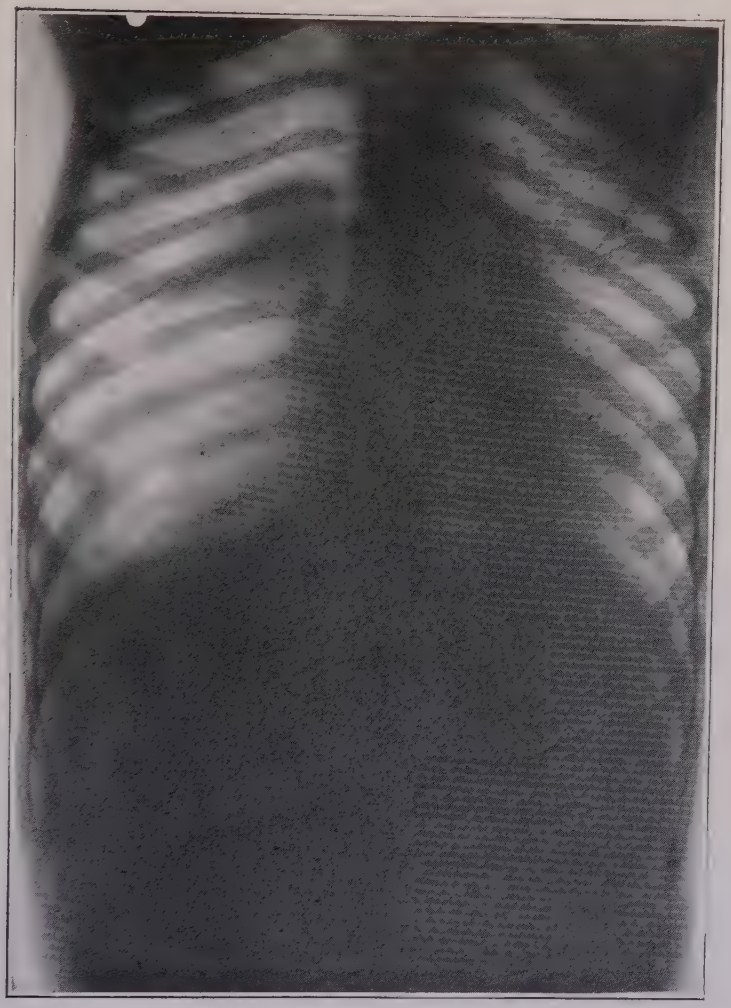
a la zona aérea o gaseosa. En la radiografía Nº 54 (la obtenida en la posición horizontal) el líquido desplazado y extendido en un área mayor nos da una sombra difusa, más extensa, pero menos intensa que en la radiografía anterior; los puntos reforzados de esa sombra corresponden a los de la membrana germinativa que contribuyen a aumentar la opacidad. (Radiografía Nº 54 y dibujo Nº 34). Estos restos de membrana que aún no se han fundido y que todavía flotan en el contenido purulento se comportan como un verdadero camalote capaz de trasladarse de uno a otro sitio dentro de la cavidad quística.

El examen radioscópico de esta enferma, efectuado minuciosamente, confirmó en gran parte los datos obtenidos en el estudio radiográfico. Examinando la niña con la pantalla, colocada la enferma en posición vertical, se obtiene la sombra igual a la de la radiografía Nº 53. Colocada en posición horizontal, se observa una imagen semejante a la de la radiografía Nº 54; colocando a la niña en posición vertical invertida (sostenida por los pies y con la cabeza hacia abajo) se observa que el líquido se deposita en la parte superior de la cavidad, reconociendo entonces que la mitad inferior, llena ahora de gas, se encuentra delimitada por un contorno oscuro, cóncavo hacia arriba, y semejante al contorno que se observó en la parte superior.

Examinando a la niña en la posición sentada y haciéndole efectuar movimientos de lateralidad, se puede observar perfectamente que la línea que marca el nivel del líquido que llena la parte inferior de la

Cavidad quística dejada por una voluminosa hidátide del pulmón derecho, operada. Neumonia de base consecutiva.

(Observación personal).



Cavidad quística dejada por una hidátide de la base del pulmón derecho. En la parte superior de la cavidad aparece un foco congestivo.

(Observación personal).

Cavidad quística dejada por una hidátide de la base del pulmón derecho, operada. Foco congestivo en la parte superior de la cavidad, junto a la adventicia

(Observación personal)

Fase final de una hidátide de la base del pulmón derecho, operada y curada, y durante cuya convalescencia se produjo una neumonia.

(Observación personal).

cavidad, se mueve o inclina según los movimientos laterales que se hace efectuar a la enferma. Es observando con atención esa línea de nivel, que puede notarse, en ciertos momentos, que por encima de su nivel horizontal aparece una irregularidad, como si en el líquido flotara un cuerpo sólido, que si bien sumergido, en ciertos momentos sale a la superficie, quedándo entonces fuera de la superficie del líquido (Dibujos números 35 y 36). Esta sutileza radioscópica nos da derecho a pensar que en el líquido flota un cuerpo sólido que debe ser una membrana hidatídica. Damos mucho valor a este "truc radioscópico" (*"signo del camalote"* le llamamos), para poder establecer un diagnóstico diferencial entre una pleuresía enquistada y abierta en un bronquio y un quiste hidatídico del pulmón en iguales circunstancias" (1).

El pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar se presta seguramente, tanto por razones inherentes a su propia constitución como por motivos relacionados con la naturaleza del órgano en que se desarrolla, a hacer resaltar la imagen del cesto y el signo flotante que acabamos de referir. Veamos esas razones y motivos.

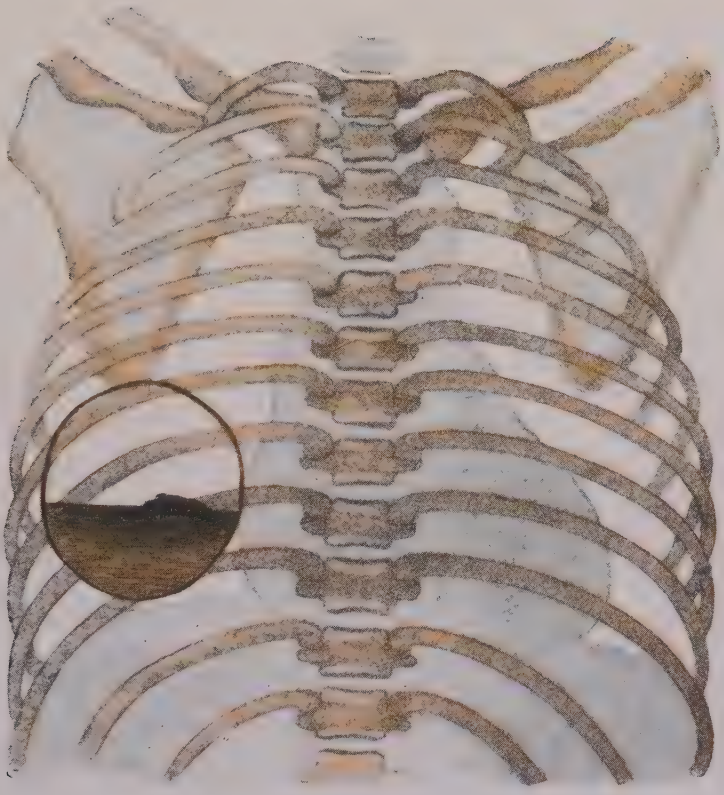
---

(1) Cuatro meses antes de nuestra publicación existe ya, sin embargo, una referencia a la irregularidad de la napa de líquido presentada por el pio-neumo-quiste hidatídico y debida a la membrana madre caída en la cavidad. Asi Dévé, en uno de sus últimos trabajos ("Les neumo-kystes hydatiques du poumon", "Revue de Chirurgie", 44.e année, 1925 N.° 4, page 283), en una nota hace constar que ya Bellot en "Archives des Pharmacies Navales" (mai, juin, 1924, page 225), dice: "Por arriba de la napa de líquido aparece un contorno triangular que corresponde verosímilmente a la membrana anhista del quiste necrosado y desprendida de su forro conjuntivo". Demás nos está decir que la prioridad de la observación, en estos casos ,está dada por lo que indican las fechas. En lo que se refiere al valor, estudio completo, interpretación y aprovechamiento del signo para el diagnóstico—y especialmente para el diagnóstico diferencial—somos nosotros los menos indicados para opinar sobre quienes han sido los primeros en estudiar y explotar mejor lo que hemos llamado—sin magnificencia—un "truc radioscópico", bautizándolo con el nombre del *"signo del camalote"*.

Ante todo expresemos que como condiciones basales favorables para la producción de ambos—imagen de cesto y signo del camalote—el pio-neumo-quiste hidatídico nos las ofrece, pues en ese proceso encontramos reunidos los tres elementos físicos indispensables: gas, líquido y elemento sólido. El elemento gaseoso suministrado aquí por la comunicación bronquial está constituído por el propio aire inspirado, a cuya entrada y renovación nada se opone; el elemento líquido, si bien al principio puede estar constituído por el propio líquido hidatídico salvado de la vómica (hidroneumoquiste), con la evolución y persistencia de la cavidad concluye por transformarse en una colección purulenta, que si bien se vacia en parte por la expectoración y las vómicas parciales, se renueva como consecuencia de la perisistente infección; el elemento sólido está dado por la membrana parasitaria, siempre, naturalmente, en lo que concierne a esta última, que la ancianidad del proceso no haya concluído por deshacerla y eliminarla completamente.

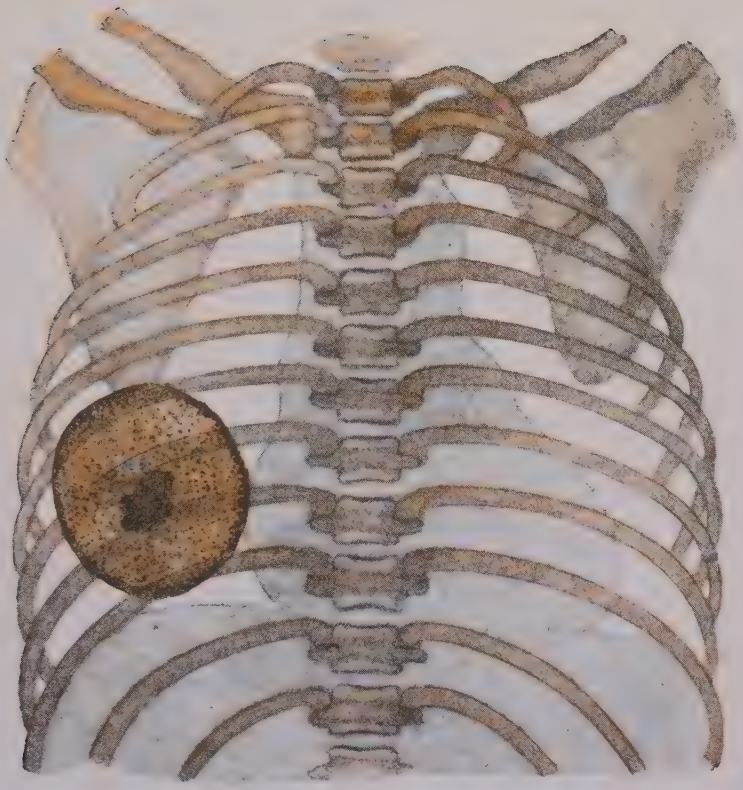
El elemento gaseoso, en el pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar, a la par que permite los cambios de sombra según la posición que adopta el portador de la hidátide, radiográficamente nos sirve aún, como claridad de fondo, para hacer resaltar no solo el interior de la cavidad, sino todavía la capa quística que le delimita. Desde este punto de vista, el aire intracavitario, así como la claridad pulmonar de la parte que rodea inmediatamente al pioneumoquiste hidatídico—siempre que el pulmón esté ahí sano y expansivo—sirven, diría-

DIBUJO N.° 33.



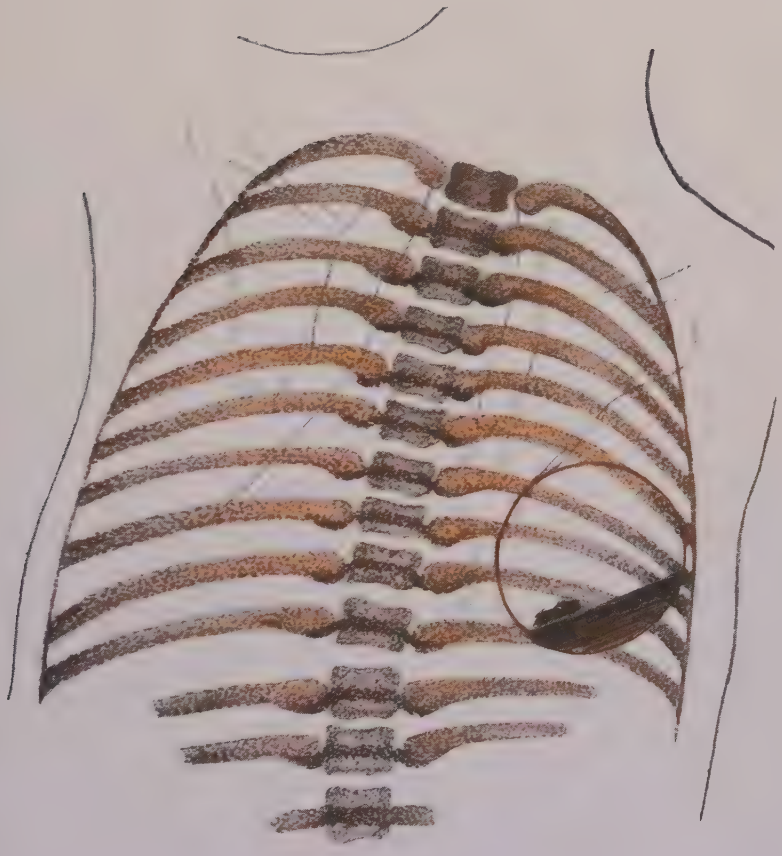
Signo del ''Camalote'', posición horizontal

DIBUJO N.° 34.



Signo del ''Camalote'', posición vertical

DIBUJO N.° 35.



Signo del ''Camalote'', posición inclinada

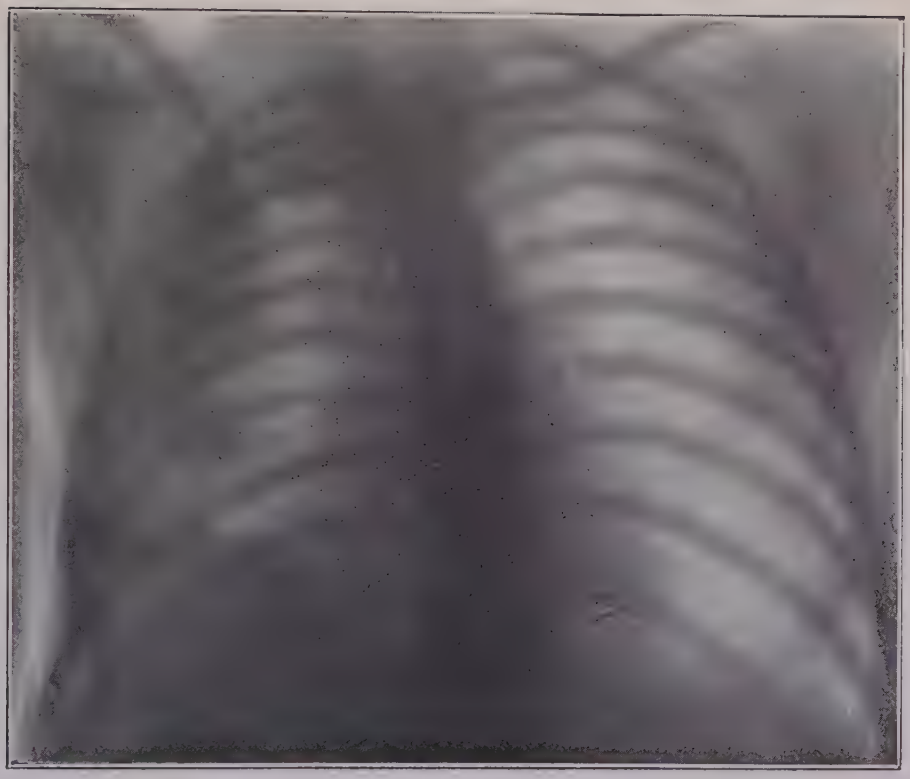
Signo del "Camalote", posición inclinada

Fase final de una hidátide de la base del pulmón derecho, operada y curada, y durante cuya convalescencia se produjo una neumonia.

(Observación personal).

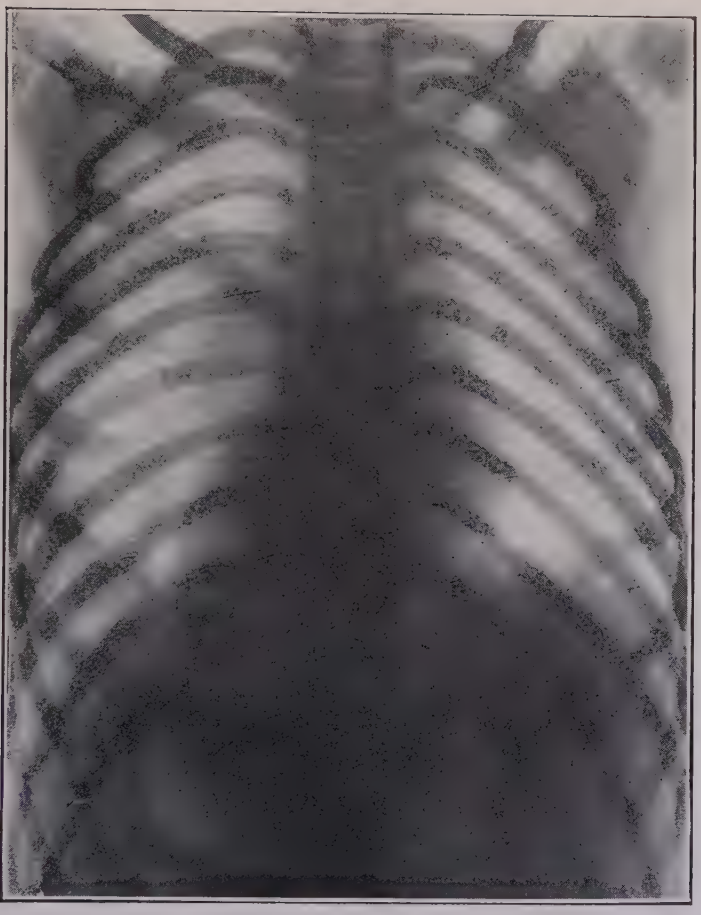
Cavidad quística dejada por una hidátide de la base del pulmón derecho, operada. Neumonia de vértice consecutiva.

(Observación personal)



Hidátide del pulmón derecho. Neumonia post-operatoria, en resolución.

(Observación personal)



Cavidad quística dejada por una hidátide de la base del pulmón izquierdo. Dos días después de operada.

(Observación personal).

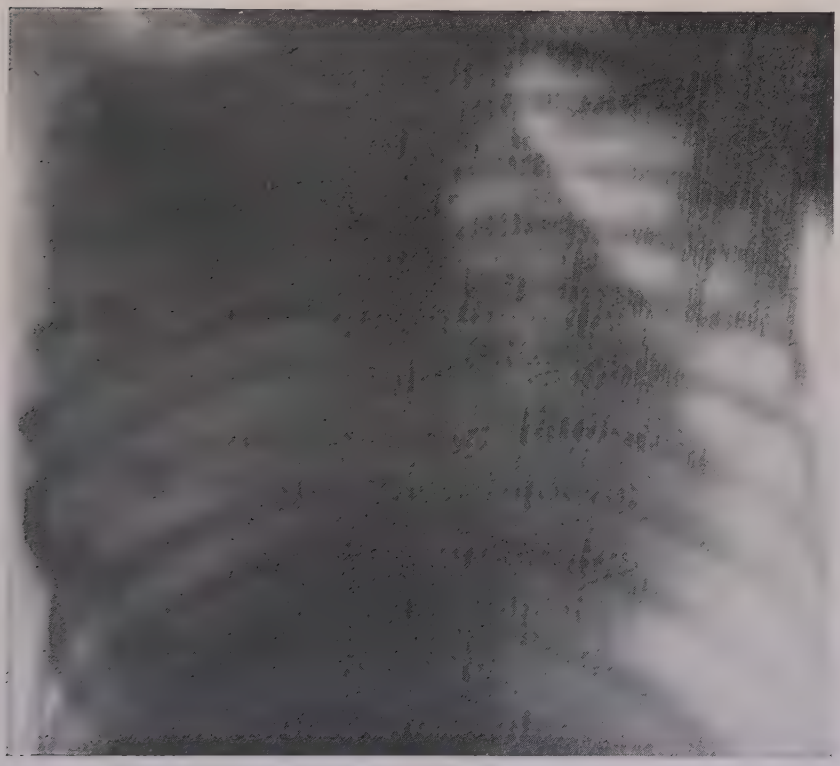
mos, como de color de fondo en el cuadro radiográfico que ofrecen ciertos pio-neumo-quistes hidatídicos.

El elemento líquido formado, como ya dijimos, por restos de líquido hidatídico y muy especialmente por pus, sujeto como está a variaciones por su evacuación y producción, radiográfica y radioscópicamente nos muestra también variaciones en su nivel, condicionadas estas por su cantidad y por su posición. En nuestras observaciones radiográficas de pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar, ese nivel alcanzaba su mayor altura estando el sujeto en posición vertical, lo que era debido a que la cavidad en ese mismo sentido tenía su mayor diámetro, y a que la comunicación bronquial estaba situada alta en el extremo superior. Si bien ese nivel, en posición vertical, casi nunca sobrepasa en altura la mitad de la cavidad, excepcionalmente, y en reposo, sobre todo, se le encuentra alcanzando la altura correspondiente a los dos tercios o tres cuartos inferiores del receptáculo.

El elemento sólido, en la imagen radiográfica suministrada por el pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar, en la parte que corresponde al contorno, está dado por el tejido fibroso quístico que rodea a la cavidad y que, como consecuencia de la naturaleza del proceso, asume las proporciones de una verdadera cáscara esclerosa perfectamente visible o delimitada en toda la periferia del receptáculo; los límites de esta capa están dados hacia adentro por la propia cavidad, y hacia afuera por el parénquima pulmonar, siendo de notar que este último límite, si bien radiológicamente es neto en algu-

nos casos, en otros, por el contrario, resulta difícil de precisar, como consecuencia de lesiones vecinas que oscurecen o por lo menos enturbian la claridad habitual del órgano. Por otra parte también, la proyección radiográfica o radioscópica de este límite, cuando se trata de un pio-neumo-quiste grande, se confunde con las sombras vecinas, resultando de ello la correspondiente merma en su visualización. Así como las imágenes proyectadas por las hidátides intactas resultaban más nítidas cuando eran independientes de las sombras vecinas y cuando el pulmón circunvecino era claro, lo mismo para la estampa del pio-neumo-quiste hidatídico resultan muy favorables esas condiciones de contraste. Los pio-neumo-quistes de tamaño discreto, cuya proyección deja campo pulmonar claro en todo su contorno, o por lo menos en dos extremos opuestos, son los que, radiográficamente, mejor exteriorizan su constitución o arquitectura. Por el contrario, aquellos casos donde la situación o el volumen del receptáculo no permiten que se cumplan estas condiciones de la proyección, dan imágenes en las cuales es fácil el error de diagnóstico, puesto que en lugar de cavidades o cavernas intrapulmonares, parecen, radiográficamente, colecciones hidroaéreas desarrolladas en la cavidad pleural. (Radiografía Nº 49). Así como en el diagnóstico clínico puede ser difícil, a veces, establecer diferencias entre el gran pio-neumo-quiste pulmonar y el pio-neumotórax, radiológicamente aún, en ciertos casos, se llega a dudar entre ambos procesos. La búsqueda y reconocimiento del contorno escleroso que tan bien caracteriza al pri-

RADIOGRAFIA N.° 80.



Hidátide del pulmón derecho. Neumonia post-operatoria.

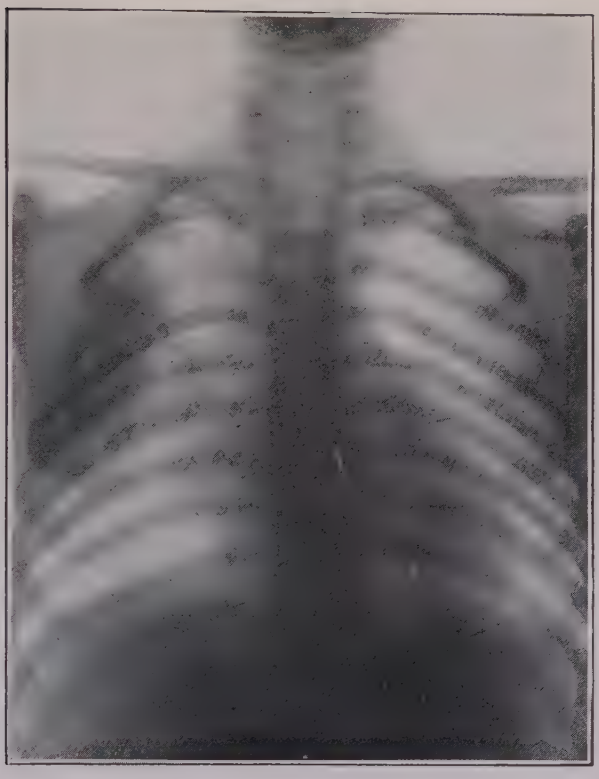
(Observación personal).

Hidátide del pulmón izquierdo. Neumonia post-operatoria.

(Observación personal).

Hidátide de la base del pulmón derecho, operada. Neumonia post-operatoria.

(Observación personal).



Abceso frío de la pared toráxica, consecutivo a una osteomielitis de la 3.a costilla. (en vía de reabsorción).

(Observación personal).

Abceso frío consecutivo a una osteomielitis de la 3.a costilla.

(Observación personal).

Gran caverna tuberculosa del pulmón izquierdo.

(Observación del Dr. Marque)

mero, nos ha permitido algunas veces salvar las dificultades; desde este punto de vista diríamos que el pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar tiene un esqueleto más fuerte y exteriorizable por los rayos que las otras colecciones cavitarias similares.

El estudio radiológico del elemento líquido en los pio-neumo-quistes hidatídicos pulmonares, en lo que se refiere a la posibilidad de visualizar la membrana hidatídica, ha sido emprendido y ratificado, después que nosotros hiciéramos nuestra primera comunicación, por otros observadores argentinos y uruguayos. Así, entre nosotros, estudiando radiológicamente cierto caso de pio-neumo-quiste primitivo del hígado, los Drs. Pedro Escudero y José W. Tobías (1), al comentar la radiografía de su observación dicen: "Se comprueba lo observado en el examen radioscópico, viéndose la cámara gaseosa en plena masa hépato-pulmonar. El límite inferior de la misma lo constituye una línea recta interrumpida por pequeñas sombras de distinta opacidad, de límite superior ondulado. Es posible que dichas sombras correspondan a vesículas hijas suspendidas en el líquido. Al comprobarse esta posibilidad, se puede prever la importancia que tendrá esta imagen radiográfica para el diagnóstico diferencial del pio-neumo-quiste del hígado y abcesos gaseosos".

Posteriormente a la publicación que antecede, entre nosotros también, los Drs. Mariano Castex y

(1) Drs. Pedro Escudero y José W. Tobías: "Pio-neumo-quiste primitivo del hígado" (dos observaciones). "Revista de la Sociedad de Medicina Interna", sesión del 15 de junio de 1925.

Hernán B. González (1), encuentran también el "signo del camalote" estudiando un caso de pio-neumo-quiste subfrénico y proponen para su mejor visualización la inyección de aceite yodado en el interior de la cavidad quística. De su interesante comunicación, transcribimos aquí la parte pertinente: "En octubre de 1924, los Drs. Lagos García y Segers publican en "La Semana Médica" la observación radiológica de un quiste hidático del pulmón abierto en un bronquio y hacen notar que en la superficie líquida se aprecian unas irregularidades que varían de situación con las distintas posiciones y que interpretan como si fueran vesículas hijas que sobrenadaran, a lo que muy gráficamente llaman el "signo del camalote".

Recientemente el Profesor Escudero y el Dr. Tobías comunicaron a la misma Sociedad la observación de dos casos de pio-neumo-quiste que presentan ciertas deformidades de la imagen radiológica del nivel líquido, que inducen a pensar que pudiera tratarse de vesículas hijas; dicen luego ellos: "es a raíz de estos trabajos que nos sugirió la idea de hacer esta visualización más neta mediante la inyección de lipiodol en la cavidad del quiste, y efectuamos en nuestro enfermo una punción en el punto de mayor dolor, en el séptimo espacio intercostal, un poco por fuera de la línea mamilar, punción que primeramente deja salir una cantidad de gas de olor fétido, gas que se halla a tensión

(1) Drs. Mariano Castex, Nicolás R. Romano y Hernán D. González: "Exploración radiológica del pio-neumo-quiste subfrénico mediante la inyección de aceite yodado". ("Revista de la Sociedad de Medicina Interna", sesión del 3 de agosto de 1925).

Pleuresía de la gran cavidad abierta y drenada.

(Observación personal).

Pio-neumo-tórax, cavidad simulando una cavidad quística, posición vertical.

(Observación personal).

Pio-neumc-tórax, cavidad simulando una cavidad quística, posición horizontal.

(Observación personal).

Sombra cavitaria correspondiente a una pleuresía purulenta abierta por vómica, primitivamente in - terlobar, luego de la gran cavidad.

(Observación personal)

RADIOGRAFIA N.° 89.

Sombras cavitarias correspondientes a una pleuresía purulenta abierta por vómica, primitivamente in-terlobar, luego de la gran cavidad.

(Observación personal).

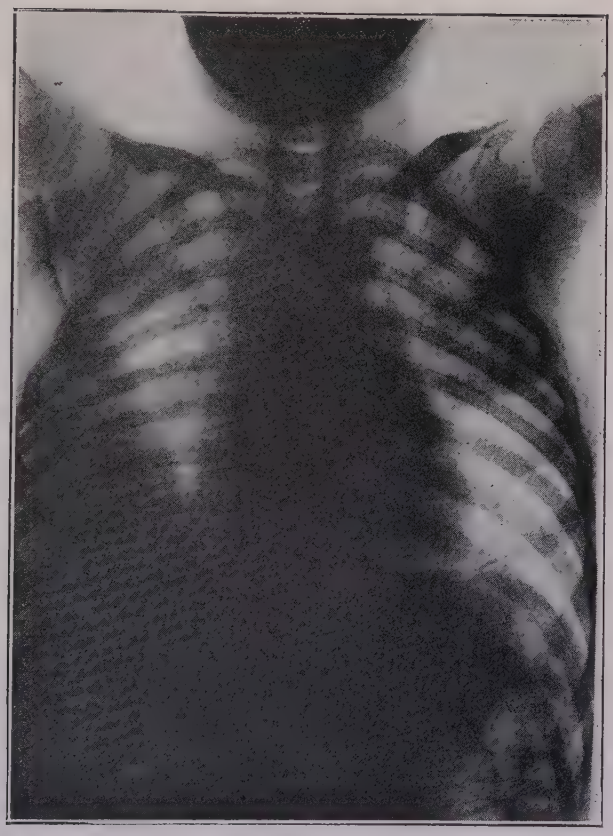
Abceso de la base del pulmón derecho, abierto en un bronquio, y originado por una hidátide supurada de la cara superior del hígado. Inyección de lipiodol.

(Observación personal)

Abceso gangrenoso de la base del pulmón izquierdo.

(Observación personal).

RADIOGRAFIA N.° 92.



Pleuresía colestearínica, del lado derecho.

(Observación personal).

Neumo-tórax, con adherencias de la parte inferior.

(Observación personal)

y nos rechazó el émbolo de la jeringa; luego con gran facilidad extraemos 20 c. c. de pus amarillo oscuro, de olor pútrido, e inyectamos 20 c. c. de lipiodol común por no tener ascendente, pensando que sobrenadara en la superficie líquida y que a su vez las vesículas hijas se hallaran sobre el nivel opaco del aceite yodado, dando un mayor contraste, pero el lipiodol por su mayor densidad fué al fondo del saco quístico y es a raíz de esto que presentamos esta breve comunicación, pues, como se puede observar en las radiografías efectuadas por el Dr. E. Lanari en el Instituto de Fisioterapia del Hospital Nacional de Clínicas, vemos en la parte inferior una más intensa correspondiente al lipiodol, que nos permite apreciar el volumen de la bolsa hidática y con los distintos cambios de posición del enfermo, que hemos hecho radioscópicamente, podemos delimitar todo su contorno, así como su situación con respecto a la pared abdominal, lo que delimitaría en nuestro sentir la tarea del cirujano".

También en el Uruguay la visualización de la membrana germinativa en hidátides pulmonares abiertas ha podido ser efectuada radiográficamente. C. Menéndez (1), en una interesante comunicación, con motivo de seis observaciones de hidátides pulmonares abiertas y curadas espontáneamente, en niños mayores de cuatro años, se refiere al aspecto radiográfico, al cual da mucha importancia: "Para diagnosticar la abertura

(1) Dr. C. Menéndez: "Quistes hidáticos pulmonares abiertos y curados espontáneamente. (Sociedad de Pediatra de Montevideo, sesión del 14 de marzo de 1925.

del quiste en los casos relativamente frecuentes en que falta la gran vómica y en los que no se observa la eliminación inmediata de membranas o vesículas''. En el relato de su comunicación también se añade: ''En la mayoría de los casos ha podido observar la membrana germinativa desplazándose apelotonada en el fondo de la cavidad quística y eliminándose lentamente bajo la forma de expectoración fétida, muco-purulenta''. Refiriéndose a esta comunicación del Dr. Menéndez — según el relato de la misma sesión — es que también el Profesor Bonava manifestó que: ''Juzga interesante insistir sobre un punto de la comunicación del Dr. Menéndez, la posibilidad de darse cuenta por la exploración radioscópica de la eliminación de la membrana hidática. Esta puede eliminarse totalmente desde el primer momento; pero más a menudo persisten restos de membrana, los que pueden percibirse apelotonados como una masa algo irregular cuyo nivel no es totalmente horizontal. En los exámenes sucesivos va disminuyendo hasta desaparecer. Quiere decir que, en muchos casos, la membrana en totalidad o en parte queda retenida, para luego ir disgregándose y eliminándose''.

Como puede verse por las transcripciones que anteceden el signo al cual nos referimos en el año 1924 no solo ha sido comprobado por otros observadores, sinó que también se le ha querido utilizar para el diagnóstico diferencial, y aún para el pronóstico respecto a la marcha de la enfermedad. Dejando de lado lo que se relaciona con los pio-neumo-quistes del hígado—dado

de que estos procesos no caben dentro del marco de nuestro estudio—solo deseamos agregar aquí algunas consideraciones sobre el signo en cuestión, pero únicamente en lo que atañe a los pio-neumo-quistes hidatídicos del pulmón.

Ante todo, y fieles a un hecho de observación que hemos emitido y sostenido en el curso de este trabajo, debemos puntualizar qué es lo que constituye el "camalote" en las cavidades hidatídicas pulmonares.

Cuando con motivo de nuestra primera publicación, refiriéndonos a ese "truc radioscópico", dimos su explicación, dijimos también que la membrana germinativa era o constituía el cuerpo o substancia que sobrenadaba o flotaba en el líquido de la cavidad. Y, en efecto, tratándose de una cavidad dejada por una hidátide del pulmón, teníamos forzosamente que admitir que la substancia flotante estaba representada por la vesícula materna y no por las vesículas hijas, pues la observación larga nos ha enseñado que estas últimas no se presentan en las hidátides pulmonares de la infancia. Demás está decir que si la cavidad quística, con líquido y gas, se desarrolla en otro órgano, como es el caso de los pio-neumo-quistes hidatídicos del hígado — donde hay vesiculación filial — la substancia flotante puede también estar representada por las vesículas hijas que, más livianas que el líquido purulento que llena en parte la cavidad, suben a la superficie y alteran la regularidad de la línea que marca el nivel del líquido cavitario.

Es aún con motivo del valor diferencial que este

signo pudiera tener en las lesiones cavitarias pulmonares que, cuando le describimos por primera vez, hicimos ya constar su importancia para poder distinguir la cavidad dejada por una pleuresía purulenta y enquistada, vaciada por vómica, de la cavidad originada por una hidátide pulmonar abierta y vaciada en un bronquio. Podríamos agregar que en esta distinción pueden, también, involucrarse las cavidades tuberculosas o las de la bronquiectasia gigante, cuyas colecciones purulentas no llevan en suspensión un cuerpo sólido capaz de originar, como la membrana hidatídica, las modificaciones de sombras que hemos descrito.

Si bien el signo de camalote, tal como lo hemos comprobado, puede presentarse en los pio-neumo-quistes hidatídicos del pulmón, contribuyendo así al diagnóstico de la naturaleza de la cavidad, su inexistencia no implica seguramente, la negación de su origen equinocóccico. Menester es no olvidar que hay también casos en los cuales el pio-neumo-quiste hidatídico, después de un largo período de evolución, concluye por deshacerse completamente de su membrana germinativa, quedando entonces representado por una colección purulenta en la cual apenas existe, a manera de vestigio, algún pequeño resto membranoso en el que sólo el microscopio es capaz de mostrarnos su verdadera naturaleza. Es el caso de un nido viejo y completamente abandonado, pero en el que, a veces, basta una sola pluma persistente para poder delatar el pájaro que alguna vez lo habitó.

Para terminar con el estudio de los Rayos X en

el diagnóstico de la equinococosis hidatídica pulmonar es indispensable, por lo menos someramente, recordar todas aquellas otras lesiones torácicas de la infancia, cuyas exteriorizaciones radioscópicas o radiográficas tienen similitud con las imágenes suministradas por las hidátides del pulmón. Como vemos se trata de lo que bien se puede llamar diagnóstico radiográfico diferencial.

De una manera general diremos que toda afección torácica, tanto de los órganos como de la pared, que en la pantalla o en la placa se revela por una sombra redondeada o por una cavidad vacía o en parte ocupada por líquido y por aire, puede ya tener algún parecido con las sombras que, respectivamente, nos ofrecen las hidátides intactas, o las hidátides abiertas en los bronquios.

Aún sin entrar dentro de la cavidad torácica, la radiografía de alguna lesión de la pared, cuya presencia no se exterioriza como tumor, puede en algunos casos raros suministrarnos alguna sombra parecida a la imagen de una hidátide. Como un ejemplo de estos casos vaya la mancha oscura, y más o menos redondeada, que en cierto enfermo nos suministró un absceso frío de la pared, sintomático de una osteomielitis tuberculosa costal, y cuya existencia no se traducía por ninguna manifestación tumoral. (Radiografías números 83 y 84).

Pero son indiscutiblemente las afecciones intratorácicas del pulmón, de la pleura, mediastino, del corazón y aorta, las que más a menudo pueden suministrar

imágenes que se presten para una confusión con las sombras hidatídicas. Veamos lo que la observación nos ha enseñado, y lo que la gran práctica de los radiólogos nos dice al respecto.

En primera línea, serían los tumores del pulmón, sólidos o líquidos, los que proporcionan sombras en cuya identificación más se corre el riesgo de equivocarse, confundiéndolos con las sombras de los tumores hidatídicos. Los sarcomas, los quistes dermoides y los quistes hemáticos pleuro-pulmonares pueden, en efecto, suministrar imágenes que en muy poco o en nada se diferencian de las imágenes que suministran las hidátides intactas alojadas en el pulmón. Si bien en lo que se refiere a los quistes dermoides se trata de casos rarísimos y en lo que atañe a los quistes hemáticos pleuro-pulmonares, no los observamos nunca en los niños, no podemos por cierto decir lo mismo refiriéndonos a los sarcomas.

Es con motivo del notable parecido que con la sombra de un tumor hidatídico adquiere, a veces, la sombra correspondiente a un sarcoma del pulmón, que el Profesor Lanari varias veces, en el curso de sus lecciones, ha podido decir que "los más bellos quistes que yo había visto a la pantalla no eran quistes sinó sarcomas". En efecto, en algunos casos el neoplasma traducido por los Rayos X bajo la forma de una sombra oscura y redonda, con perfecta regularidad y nitidez de sus bordes curvos da exactamente la misma impresión que da una hidátide intacta desarrollada en el pulmón. Pero, felizmente, en obsequio del diagnóstico

diferencial, no siempre es así, y muchas veces es posible distinguir, radiográficamente, unos de otros. Si bien es verdad que en algunos casos, la sombra determinada por un pequeño sarcoma aparece pura e independiente en medio del campo pulmonar, sobre el cual tanto contrasta, por su notable opacidad, quizá este mismo exceso de nitidez contribuye a sospechar el neoplasma y, por lo tanto, a interponer un compás de espera antes de certificar el diagnóstico. Es el caso entonces de aguardar—y aguardar todo lo necesario—para la pronunciación definitiva, pues las ulterioridades de la sombra, entonces equívoca, pueden aclarar muy bien la duda. En materia de crecimiento o evolución, no puede seguramente compararse la hidatidosis con la sarcomatosis, y de ahí que la sombra dada por el sarcoma rápidamente, o a veces de golpe, adquiere un tamaño inopinado, cosa que por cierto no ocurre en el lento y gradual crecimiento de las sombras proyectadas por los tumores hidatídicos. Es con motivo de este crecimiento "a saltos" que puede experimentar la sombra del sarcoma que el Profesor Lanari ha podido decir en la cátedra: "Cuando en la observación repetida de un enfermo con un presunto hidátide del pulmón, se encuentre entre dos exámenes próximos, un brusco cambio en la forma o el tamaño de la sombra, que no pueda atribuirse por los síntomas clínicos a una reacción de infección purulenta, hay que alejarse del quiste, afirmando el diagnóstico de sarcoma". A esta opinión emitida, a la cual por cierto nos adherimos, agregaríamos por nuestra parte, que la sombra determinada

por las hidátides pueden, a veces, en dos exámenes próximos, ofrecernos un brusco cambio de forma y volumen, no solamente como consecuencia de la infección purulenta, sinó también a causa de la producción de focos congestivos y hepatizantes, bastardos, localizados en el parénquima pulmonar inmediato al tumor hidatídico, los que una vez llegados a la resolución permiten no obstante que la imagen hidatídica luzca otra vez su anterior forma, tamaño y nitidez, pues, a pesar de todo, el proceso de la hidátides seguirá siendo una vesícula intacta y limpia. (Radiografías números 59, 60 y 61).

Pero no siempre en la clínica quirúrgica infantil, los sarcomas del pulmón, ante los rayos, se nos presentan tan confundibles con las hidátides. En la mayor parte de los casos por nosotros observados, estas sombras neoplásicas se presentaban, cual más o cual menos, mostrando manifiestamente una conexión mediastinal, ya sea directamente o ya sea por sombras o tractos interpósitos. Por otra parte, bastaba que esas sombras neoplásicas tuviesen ya un tamaño considerable para que perdieran la nitidez de sus bordes, dándonos entonces sombras difusas y extensas, sombras universales, consecuencia seguramente de las pleuresías hemorrágicas que tan a menudo acompañan al neoplasma.

Tratándose de producciones sarcomatosas simulando sombras hidatídicas, agregaremos también que, en algunos casos de metástasis pulmonares, pueden presentarse varias, repartidas, y pequeñas sombras en ambos pulmones, pudiendo, si se quiere, en cierto mo-

mento, simular una equinococosis metastásica múltiple del pulmón. Pero, en la hidatidosis pulmonar de la infancia, esta emergencia no se produce en el diagnóstico diferencial radiográfico, por cuanto sabemos que esa forma de equinococosis pulmonar no es de observación en los niños.

Las colecciones purulentas de la pleura, y especialmente, como se comprende, las interlobares o enquistadas, pueden, alguna vez, suministrar sombras parecidas o similares a las sombras hidatídicas. Las sombras suspendidas originadas por las colecciones pleurales interlobares producen a veces imágenes más o menos redondeadas con cierto parecido a las sombras hidatídicas, pero fuera de que ellas no mantienen a su alrededor la pureza del campo pulmonar, como ocurre con las hidátides intactas, ellas también, casi siempre, continúan su opacidad hacia la línea media. Por otra parte, estas sombras de las pleuresías interlobares no conservan su redondez ante todas las distintas incidencias de los Rayos X, al contrario, por lo tanto, de lo que ocurre con las sombras hidatídicas, las que, por más que el sujeto cambie de posición, conservan siempre su peculiar redondez.

Serían aún las sombras suministradas por algunas pleuresías enquistadas de la gran cavidad pleural, que en determinadas circunstancias podrían ofrecer alguna semejanza con las imágenes hidatídicas. Tal es el caso, por ejemplo, de la sombra bien opaca de una pleuresía enquistada colestearínica, cuya forma, sin embargo, dista mucho de tener la característica redondez que producen las hidátides intactas. (Radiografía Nº 92).

Las cavidades pulmonares o pleurales determinadas por distintas afecciones, pueden también, en ciertos casos, presentar su parecido con aquella cavidad persistente originada por el tumor hidatídico abierto en un bronquio, y que constituye el proceso conocido con el nombre de pio-neumo-quiste hidatídico.

Larga sería la lista de todas esas cavidades o cámaras hidro-aéreas consecutivas a una serie de procesos muy distintos unos de otros. Sin embargo, y en lo que respecta a la infancia, puede ocurrir el caso de tener que establecer el diagnóstico diferencial radiológico entre el pio-neumo-quiste hidatídico pulmonar por una parte, y las cavidades o cavernas originadas por la tuberculosis, por el absceso y gangrena del pulmón, por la bronquiectasia gigante, por las pleuresías interlobares abiertas en un bronquio, por los pio-neumo-quistes, etc. (Radiografías números 85, 86, 87, 88, 89, 91 y 93).

Sin entrar a considerar individualmente las diferencias radiográficas y radioscópicas que se pueden oponer entre unas y la otra, sólo diremos que la cavidad del pio-neumo-quiste tiene casi siempre un contorno o armazón mejor organizado y más aparente que las cavidades por los otros procesos formadas, y principalmente por aquellas constituidas en la pleura, donde el contorno tiene siempre la delgadez y finura que responde a la constitución de la serosa. A todo esto agreguemos, y como una importante característica de muchos pio-neumo-quistes hidatídicos, ese signo que hemos descripto e interpretado, y al cual propusimos llamarle el signo del camalote.

Capítulo VIII

PRONOSTICO

La equinococosis hidatídica del pulmón en la infancia, es seguramente una afección cuyo pronóstico lleva en sí todas aquellas reservas que imponen, necesariamente, las enfermedades graves. No creemos que, hoy por hoy, los observadores que tengan larga práctica en esta materia puedan opinar de otra manera. Nuestros autores nacionales han tocado ya este importante punto del pronóstico en la hidatidosis pulmonar. Veamos lo que Escudero, en su obra, nos dice referente a ello: "Algunos autores, llevados quizá por los éxitos de sus intervenciones, han creído deber disminuir la gravedad de la hidatidosis pulmonar. Nosotros creemos, con Herrera Vegas y Granwell, que el pronóstico de la localización pulmonar de la hidatidosis es extremadamente grave. Tomadas en su conjunto, sin distinción de tratamiento ni de acción terapéutica, las observaciones acusan una mortalidad bruta de cerca de 21%".

También nosotros en la tesis de doctorado, unos años antes, al considerar ese mismo punto en los niños,

decíamos: "No hay duda de que el equinococo del pulmón es más grave en el niño que en el adulto".

"En las estadísticas generales (niños y adultos) la hidatidosis pulmonar arroja una mortalidad de 8%. Ahora bien, considerando únicamente niños, vemos que Herrera Vegas y Cranwell encuentran una mortalidad de 15,9%".

"Los resultados de nuestra estadística nos dan aún una mortalidad mayor. Sobre 45 observaciones con hidátides del pulmón (31 del pulmón y 14 hépato-pulmonar) todos los cuales han sido operados, encontramos 10 defunciones, lo que nos da una mortalidad de 22%". Hoy, veinte años después, en posesión de una estadística mucho mayor, y por consecuencia de una observación mucho más completa, deseamos, otra vez, volver sobre este punto, adelantando, eso sí, desde ya, que la expresión numérica del pronóstico muy poco ha variado desde entonces hasta ahora.

Globalmente consideradas nuestras 107 observaciones de equinococosis hidatídica pulmonar en la infancia (77 observaciones de hidatidosis pulmonar, y 30 observaciones de hidatidosis hépato-pulmonar) nos dan 76 casos curados, 11 casos cuyas ulterioridades y terminación no se conoce, y 20 casos que terminaron por la muerte. Si sobre las 96 observaciones cuya terminación se conoce hacemos nuestro cálculo, vemos entonces que la mortalidad es de 20%. Pero para ser más precisos menester es considerar por separado, a la hidatidosis hépato-pulmonar por una parte, y la hidatidosis pulmonar exclusiva por otra.

Es considerando de esta manera a nuestros casos observados que encontramos que sobre un total de 77 niños con exclusiva localización de la hidátide en el pulmón, 57 de ellos curaron de su afección y 13 fallecieron, no siendo posible en los 7 restantes conocer el verdadero fin de la enfermedad. La mortalidad en estos enfermos ha sido, entonces, solo de 18,6%. Del mismo modo, si solo consideramos a aquellos enfermos con la doble localización, hepática y pulmonar (en 2 de ellos se agrega todavía una hidátide del bazo) vemos que sobre un total de 30 niños afectados se registran 19 curados, 7 fallecidos y 4 en los cuales se ignora su terminación. La mortalidad en estos, como se ve, es sensiblemente mayor, pues sube casi a 27%.

Importante, y más aún que esta mera expresión numérica, nos parece analizar, en aquellos casos que nos ha sido posible, las causas que han determinado la muerte, para de ello tener, más precisa, la noción del pronóstico en la equinococosis hidatídica pulmonar en la infancia.

La intercurrencia de otra enfermedad, completamente ajena a la afección equinocóccica, figura en nuestra estadística como causa determinante de la muerte en algunos de los niños hidatidosos pulmonares fallecidos. Tratándose de niños no es de extrañar que sean las enfermedades infecto-contagiosas las que hayan intercurrido en estas circunstancias, agravando la situación en ciertos casos, y determinando la muerte en otros. Vemos así que, entre los 20 casos fallecidos, hay 3 en los cuales la muerte fué ocasionada por la escar-

latina, el sarampión y la difteria respectivamente. Si bien la escarlatina, en su haber, solo anota una defunción, nuestras observaciones nos muestran otros casos que contrajeron, después de operados, esa afección, nuevo aporte para los cirujanos que actuamos en servicios de niños y que creemos en la posibilidad de una afección escarlatinosa quirúrgica o post-operatoria. Es también con estos casos donde la causa determinante de la muerte del niño hidatidoso no ha sido su afección equinocóccica, que debemos aún agregar otra de nuestras observaciones, en la que la hidátide del pulmón fué una revelación de autopsia en un niño fallecido a consecuencia de una linfadenia.

Pero son, como se comprende, las complicaciones pleuro-pulmonares, y así como las complicaciones de orden infeccioso, ambas en íntima conexión con la enfermedad hidatídica, las que, según nuestras observaciones, más contribuyen en la letalidad de la equinococosis pulmonar. Así vemos que en 5 de aquellos casos de hidatidosis pulmonar exclusiva, en que se pudo efectuar la autopsia, se encontraron graves lesiones anatómicas traducidas por pleuresías purulentas y por neumonias localizadas en el lado de la afección, en un caso, una neumonia doble. A esto debemos aún agregar que la impresión clínica de otros fallecidos, de quienes no se obtuvo la necropsia, era también que terminaban víctimas de un estado infeccioso grave o por la eclosión de serios procesos pleuro-pulmonares. Es con respecto a estas complicaciones que deseamos emitir algunas consideraciones que nos ha sugerido la

observación de varios enfermos después de haber sido sometidos a la intervención quirúrgica; nos referimos en esto a la relativa frecuencia con que en la convalescencia de los niños portadores de hidátides pulmonares y operados se presentan focos congestivos y hepatizantes, verdaderas neumonias bastardas, que a veces agravan mucho la situación y que en algunos terminan con la vida del enfermo.

Ya en otros capítulos anteriores nos hemos referido a lo común que es, escudriñando los antecedentes de los niños portadores de hidátides en el pulmón, encontrar la relación de procesos pleuro-pulmonares, más o menos episódicos, a veces a repetición, los cuales, en ciertas ocasiones, son los que hacen descubrir a la enfermedad hidatídica que hasta entonces evolucionaba sin mayor exteriorización. Estas reacciones pulmonares que se acusan por focos desenvueltos en las proximidades del tumor hidatídico, como en alguna observación hemos podido comprobarlo, se presentan también en la vecindad de la cavidad quística cuando la hidátide ha sido ya desalojada quirúrgicamente. Su denunciación no siempre es fácil, sobre todo cuando se trata de cavidades grandes, ocupando mucho espacio pulmonar, y con comunicaciones bronquiales, pues todo esto dificulta el examen y reconocimiento por los medios percutorios y auscultatorios. Nosotros, aleccionados en este sentido, en los últimos tiempos seguimos radiográficamente las cavidades y el parénquima pulmonar de los operados, habiendo tenido muchas veces la oportunidad de delatar a esos focos que casi siempre

se originan en la vecindad inmediata de la cavidad quística, en la zona que, propiamente hablando, podríamos llamar zona pulmonar periquística. (Radiografías números 73 y 74). Demás está decir que estos focos, si bien limitados en un principio, pueden luego extenderse en el pulmón determinando verdaderas neumonias masivas. (Radiografías 77, 80, 81, 82). Obvio también nos parece manifestar que ellas traen toda la sintomatología general, objetiva y subjetiva, que se presentan en las congestiones y hepatizaciones pulmonares de otro orden. Por lo general esta complicación se presenta pasados unos cuantos días después de efectuada la intervención quirúrgica y especialmente en aquellos casos donde la cavidad quística está en comunicación con bronquios. Anunciándose por una elevación de temperatura, ellas duran varios días y tienen una evolución más o menos atípica, pudiendo, a veces, repetirse antes que termine el proceso de restauración pulmonar correspondiente a la afección originada por la hidátide. Llamamos la atención, con empeño, sobre la existencia de estos procesos que comprometen la convalescencia de los hidatidosos pulmonares operados, por cuanto muchas veces les hemos visto desconocerlos confundiéndolos con procesos pleurales — presuntas pleuresías purulentas — o también con pretendidas retenciones de pus en la cavidad quística.

Y bien, son estos procesos pulmonares los determinantes de la muerte en algunos niños operados de hidátides, como así lo hemos visto en algunas autopsias.

La pleuresía purulenta, de por sí, también com-

plica con frecuencia a la hidatidosis pulmonar post-operatoria. Fuera de aquellos casos en los cuales se ha comprobado en la autopsia, figuran también en nuestras observaciones algunos casos en los cuales ella ha podido ser salvada reoperando al enfermo.

Un estado infeccioso, sostenido y grave, verdadera septicemia que agota la resistencia del paciente, también puede presentarse y la hemos visto en algunos de los niños tratados quirúrgicamente.

Pero aún fuera de las enfermedades intercurrentes y de las serias complicaciones pleuro-pulmonares e infecciosas que agravan el pronóstico de la equinococosis pulmonar, existe también otro factor que en algunos enfermos puede ser causa directa de la muerte. Nos referimos a la hemorragia.

En nuestra estadística figuran dos observaciones de hidatidosis pulmonar que fallecieron a causa de una fuerte pérdida de sangre. En una de ellas la muerte se produjo en un niño, próximo a operarse, en medio de una copiosa hemóptisis que sobrevino inmediatamente a una vómica hidatídica; en la otra observación se trata de una fuerte hemorragia de la cavidad quística, originada por la ulceración de un vaso pulmonar de mediano calibre, y que se produjo cinco días después de la intervención quirúrgica.

No ya como complicación, sinó más bien como accidente, es que todavía cabe señalar otra causa de muerte en niños portadores de hidátides en el pulmón. Nos referimos al deceso súbito acaecido en plena intervención quirúrgica y en el momento preciso en que se abre la hidátide que anida en el órgano.

Fué ya con referencia a estas muertes operatorias que hace veinte años, en nuestra tesis de doctorado, dijimos, refiriéndonos al momento en que se incindía el pulmón para dar salida al parásito: "Este momento puede ser trágico en las operaciones por hidátides del pulmón y conviene tomar medidas para la mejor evacuación de la membrana y de su contenido".

La anestesia en ese momento debe ser ligera, de manera que el enfermo conserve sus reflejos para poder con la tos y expectoración defenderse contra una posible caída de líquido en su sistema bronquial. Por otra parte conviene igualmente enderezar al enfermo en el instante mismo en que se incinde el quiste para mejor evacuación de su contenido.

La muerte rápida en el instante mismo en que se abre el quiste y vacía su contenido ha ocurrido dos veces en los casos anotados en nuestra estadística (observaciones números 12 y 13).

Se trataba de hidátides voluminosas en las que la operación no había encontrado mayores inconvenientes para llegar a ellas y abrirlas. Incindido el pulmón y abierto el quiste, el enfermo empieza a toser con dificultad, espuma y sangre aparecen por la boca, poco a poco se pone cianótico, sus respiraciones se entrecortan y muere como si el desalojo de su quiste pulmonar hubiera producido un ataque de edema agudo.

Cuando escribíamos las líneas que preceden la estadística que entonces presentamos reunía sólo 45 observaciones de hidátides pulmonar en los niños (31 observaciones de hidatidosis pulmonar y 14 observa-

ciones de hidatidosis hépato-pulmonar). Hoy que nuestros casos suman ya 107 no tenemos, felizmente, que agregar ningún otro fallecido en las circunstancias mencionadas. Ha sido cumpliendo estrictamente con lo que entonces aconsejábamos con respecto a la anestesia, abrir la hidátide estando el sujeto despierto, que no hemos visto repetirse otra vez el tan sensible accidente.

Es con motivo del pronóstico en la equinococosis hidatídica pulmonar que deseamos referirnos también, por su gran importancia, a un punto que ya ha preocupado a los observadores; tal es el que concierne a la posible tuberculización de los hidatidosos pulmonares.

Escudero ha sido quien, entre nosotros, ha llamado la atención sobre esta complicación de la hidatidosis pulmonar, que, de ser real, mucho oscurece por cierto el pronóstico de los portadores de hidátides en el pulmón. En efecto, refiriéndose a la tuberculosis pulmonar como complicación alejada, nos dice, en su obra clásica: (1) "Esta última (la tuberculosis pulmonar) puede sobrevenir sin que el cirujano haya podido ver cerrada la herida operatoria, o bien ella aparece casi en forma de fístula en la zona de la intervención; o aún, fuera de esta última forma, pueden producirse manifestaciones cavitarias, aunque la piel no presente nada que llame la atención del cirujano".

Es precisamente, teniendo en cuenta la autorizada opinión del eminente clínico, y contando por otra parte,

(1) Página 244 y siguientes.

entre nuestras observaciones, con varios casos en los cuales se han producido con mayor o menor estabilidad esos trayectos fistulosos que prolongan tanto a veces la completa curación de los hidatidosos pulmonares operados, que hemos tratado de averiguar hasta qué punto, en la equinococosis pulmonar de la infancia, se cumplía esa aseveración del observador argentino. Y bien podemos asegurar que en lo que respecta a nuestros enfermos no se han producido esas serias complicaciones a las cuales se refirió Escudero hace ya varios años.

La formación de una fístula o de un trayecto fistuloso en las hidátides pulmonares operadas y cuya cavidad quística se ha fijado a la pared, si es que ya no lo estaba, se observa con alguna frecuencia en la práctica. Verdaderas fístulas bronco-cutáneas en algunos casos, en otros no son sinó la expresión de un drenaje largamente mantenido de una cavidad persistente infectada. Así es como las hemos visto en varios de nuestros casos operados y la mejor prueba quizá de que sólo eran tales la hemos tenido cuando al reoperar a los enfermos hemos comprobado la razón de ser de esos trayectos fistulosos y su verdadera naturaleza. La extirpación de algunas fístulas bronco-cutáneas seguida de una rápida curación, las toracotomías facilitando la reducción de cavidades, y en algunos casos también el avivamiento de los trayectos como la resección de ciertos segmentos costales atacados de osteomielitis o deformados por la regeneración perióstica, en varios de nuetsros operados, han acelerado la curación, llevando a la cicatrización definitiva.

Es también con motivo de la relación entre la hidatidosis pulmonar y la tuberculosis, teniendo en cuenta las circunstancias diferentes en que esta última puede aparecer, que Escudero más adelante dice: "1º la tuberculosis pulmonar puede evolucionar al mismo tiempo que se desenvuelve una hidátide, y por simple coincidencia; 2º ella puede aparecer después de la operación y desenvolverse *en el sitio mismo* donde se encontraba el parásito; se trata entonces de una complicación *post-operatoria* que nosotros llamamos *hidático-tuberculosa*".

No hemos de tomar aquí en consideración la primera circunstancia apuntada — posible seguramente — por cuanto sólo deseamos tomar en cuenta las complicaciones alejadas de la hidatidosis pulmonar; si ambas, la hidatidosis y la tuberculosis, evolucionan al mismo tiempo, sin ninguna relación causal, ellas son únicamente coincidentes y no se puede precisar cuál complica a cuál. Es entonces la segunda circunstancia la que merece nuestra atención, tanto más tratándose de una complicación post-operatoria, muy digna por cierto de ser tenida en cuenta cuando se da el caso de tener que fundar el pronóstico de la enfermedad antes que esta haya sido tratada quirúrgicamente, y con antelación, por lo tanto, a la exteriorización o eclosión de esa tuberculosis que se puede, luego, presentar en el sitio mismo que va a dejar el parásito, efectuado el desalojo quirúrgico.

Sin dejar de aceptar a la complicación de la tuberculosis en la hidatidosis pulmonar, sobre todo cuando

esta da lugar a un proceso grave y largo, no nos ha sido posible observar entre nuestros numerosos niños operados esa complicación hidática-tuberculosa a que se refiere Escudero.

Así como lo hemos dicho con respecto a las fístulas o trayectos fistulosos, podríamos también repetirlo frente a algunos casos de cavidades mal o insuficientemente drenadas, originando un estado pulmonar grave, con gran repercusión en el estado general y con todas las apariencias de la caquexia; aún sin que la tuberculosis se instale o apropie de esas cavidades quísticas, ellas, de por sí, pueden mantener un padecimiento crónico, y el mejor ejemplo de ello lo tenemos en ciertos casos de pio-neumo-quistes hidatídicos que perduran durante meses y años, sin que por eso se tuberculice la cavidad quística mantenida siempre abierta y supurante. Y si en este caso traemos como ejemplos a los pio-neumo-quistes es porque Escudero también reputa que la hidático-tuberculosis sobreviene en enfermos portadores de quistes abiertos por vómicas en los bronquios.

Pero es el mismo Escudero quien en publicaciones ulteriores nos manifiesta que la hidático-tuberculosis es, hoy por hoy, una complicación muy rara. Así lo vemos expresado en su comunicación al Congreso Nacional de Medicina, celebrado entre nosotros el año 1922. En ella y refiriéndose a las complicaciones de la equinococosis pulmonar dice: "La hidático-tuberculosis, descripta por nosotros en 1912, es menos frecuente en la actualidad; ha contribuído a ello el mejor cono-

cimiento del tratamiento médico y quirúrgico; hace 15 años la espera demasiado prolongada en los quistes abiertos, los drenajes interminables con gasa en los quistes marsupializados, la permanencia de los operados en las salas clínicas — pasado el primer período de la intervención — donde siempre había tuberculosos, favorecía el contagio. Actualmente todas estas causas favorecedoras de la infección han desaparecido en forma tal, que consideramos la hidático-tuberculosis como muy rara; desde la publicación de nuestro libro solo hemos encontrado un solo caso de esta complicación".

Aún fuera de esta complicación inmediata de la tuberculosis en los enfermos portadores de hidátides en el pulmón, o en aquellos que por vómica o por una intervención quedan con una cavidad quística en el seno del órgano, se puede también presumir, y como complicación bien alejada, que el pulmón, no obstante bien curado de su enfermedad parasitaria, queda en condiciones más favorables o predisponentes para una tuberculización ulterior.

Fué con miras a esta posibilidad que cuando tratábamos el pronóstico de la hidatidosis pulmonar, en nuestra tesis de doctorado, decíamos (1): "A todo esto debemos agregar la posibilidad de una tuberculosis, aún curando de su hidatidosis pulmonar. Sabemos de algunos niños operados por quistes y curados, que murieron después por afecciones pulmonares tuberculosas".

(1) Página 229.

"No olvidemos una observación de Habershon, quien en una autopsia encuentra tubérculos localizados precisamente alrededor de una adventicia correspondiente a una hidátide del pulmón".

La presunción que entonces emitiéramos no nos ha sido posible siempre confirmarla: nuestros niños hidatidosos observados, operados y dados de alta, no vuelven al Hospital de Niños, si pasada su infancia o adolescencia contraen alguna enfermedad pulmonar. No obstante, no ha dejado de llamarnos la atención la observación de uno de ellos, a quien hemos podido seguir durante muchos años (observación Nº ? de nuestra estadística). Se trataba de un enfermito operado y curado de una hidátide de la base del pulmón izquierdo y a quien volvimos a examinar y tratar, adulto ya, con motivo de una afección pulmonar. El examen clínico y perfectamente exteriorizado por el estudio radiográfico nos mostró una tuberculosis pulmonar en la que las lesiones son manifiestamente expresas en el pulmón izquierdo, lado donde anidó antes la hidátide, y de cuya existencia y cavidad no quedan sin embargo rastros. (Radiografía Nº 68).

Es todavía como una complicación de la hidatidosis pulmonar, y que *contribuye a obscurecer el pronóstico,* que algunos autores consideran a la hidatidosis secundaria. Es con respecto a esta eventualidad que Escudero dice: "La hidatidosis secundaria contribuye a obscurecer el pronóstico. Ella aparece como complicación de los quistes abiertos por vómica, en los enfermos que han curado expontáneamente de su primer

quiste. El injerto hidático, aparecido después de la operación, es menos frecuente, sin embargo, en la localización pulmonar que en la hepática".

Nuestra observación al respecto, en la equinococosis hidatídica pulmonar en la infancia, nos permite manifestar nuestro desacuerdo con la opinión así emitida. Nunca, en los numerosos casos observados y tratados, hemos podido asistir a una equinococosis secundaria producida a causa de una vómica. Tampoco la práctica nos ha mostrado caso alguno en el cual se hubiese originado una hidatidosis secundaria, por injerto, en la cicatriz operatoria.

Capítulo IX

TRATAMIENTO

Mientras la terapéutica no nos proporciona un medicamento capaz de destruir, sin peligro y sin inconvenientes inmediatos o mediatos, el tumor hidatídico que se ha desarrollado en el pulmón, la cirugía constituirá el único recurso a esgrimir, lógico y eficaz, en el tratamiento de la equinococosis hidatídica pulmonar. No han faltado seguramente las tentativas que pretendieron suplantar a la cirugía en el tratamiento de la equinococosis hidatídica; al pueril tratamiento médico de otras épocas que aconsejaba las inhalaciones de ácido fénico, de esencia de trementina, de tintura de eucaliptus o de éter se podrían añadir aquellos otros recursos propuestos en estos últimos tiempos y que, si bien más razonables y científicos, no por eso han resultado más eficaces: nos referimos al arsenobenzol, a la vacunoterapia por el líquido hidatídico y a la radioterapia con rayos penetrantes.

La eficacia de las intervenciones quirúrgicas dirigidas contra las hidátides pulmonares nadie, por cierto, puede hoy ponerla en duda; los éxitos obtenidos a diario por todos aquellos cirujanos que actuamos en

un país donde tanto abunda la enfermedad bastan seguramente para demostrar todo lo que la cirugía puede en este terreno.

Pero, es antes de entrar en el estudio del tratamiento quirúrgico en la equinococosis hidatídica pulmonar que cabe formular una pregunta. ¿Todas las hidátides del pulmón deben ser operadas? Para poder satisfacer a esta demanda es indispensable emitir antes algunas consideraciones.

A no mediar los adelantos de la cirugía, de la cirugía torácica en este caso, adelantos tan acentuados especialmente en estos últimos años, es muy posible que hoy todavía fuéramos partidarios de la cordura del gran Trousseau cuando llamado a expresarse sobre el tratamiento de la hidatidosis pulmonar decía: "En general, lo más prudente es abstenerse y permanecer espectador atento de los esfuerzos de la naturaleza". Pero no obstante los progresos mencionados de la cirugía tampoco es el caso de referirse incondicionalmente a cualquiera de esas otras fórmulas radicales y absolutas que imponen la intervención quirúrgica, en cualquier circunstancia, como tratamiento de la equinococosis hidatídica pulmonar.

Ha sido indiscutiblemente Dévé quien con sus trabajos, y con los de algunos de sus discípulos, más ha contribuído en el estudio de la calificación de las hidátides pulmonares en su relación con los modos de curación. Para poder satisfacer a la cuestión, sentada y sintetizada en las siguientes palabras: "¿Se debe operar todos los quistes hidáticos del pulmón?", el célebre

profesor de Rouen se proveyó de todos los elementos de juicio indispensables — clínicos, anátomo-patológicos y estadísticos — y a todo esto agrega todavía la impresión personal y directa recogida ya por otros en una tierra hidática y en la cual escuchó que médicos prácticos, con gran experiencia en la materia, declaraban que los quistes del pulmón curaban casi siempre expontáneamente después de vómicas. Y fué después de un primer trabajo importante aparecido en 1911 (1), reafirmado luego por las buenas tesis de Lepicard (2) y Bellard (3), y así como también, entre ambas, en otro artículo del propio Dévé (4), que se trató de establecer que en numerosos casos de equinococosis hidatídica pulmonar la intervención sangrienta no es necesaria y que en algunos la abstención operatoria debe constituir la norma de conducta. Y a todo esto todavía, quince años después de su primer trabajo, debemos, como coronación, agregar aún su última producción sobre este mismo tópico y en el que una vez más se reafirma en las ideas y opiniones emitidas ya en 1911 (5). Es de este último trabajo que deseamos transcribir sus líneas iniciales por cuanto en ellas se sintetiza el estado actual de la cuestión, así como también

---

(1) F. Dévé. Une discussion médico-chirurgicale. Doit-on operer tous les kystes hydatiques du poumon? La Normandie medicale. 15 julio 1911.

(2) S. Lepicard. La vomique, hydatique pulmonaire. Sa valeur curative. París, juin 1912.

(3) L. Bellard. Contribution a l'étude de la vomique hydatique curative. París, mayo 1924.

(4) F. Dévé. La vómica hidática curativa. Archivos de Medicina, cirugía y especialidades. Madrid, septiembre 1922.

(5) F. Dévé. Les indications de l'abstention operatoire dans le traitement des kystes hydatiques du poumon. Archives Medico Chicurgicales de la apareil respiratoire. Extrait. Tome N.º 2, 1926.

ciertas impresiones y aspectos de la controversia. Dice Dévé en este trabajo: "Las fórmulas terapéuticas simples seducen siempre". "Que el quiste hidático del pulmón sea abierto y supurado o que sea intacto, la operación es siempre indicada" (Guyot, 1910). "No hay tratamiento médico de los quistes hidáticos del pulmón" (Souligoux, 1911). "La necesidad de la intervención quirúrgica y de la ablación del quiste no se discute" (Lenormant, 1919). "La terapéutica quirúrgica previene solo el fin fatal al cual conduce la enfermedad abandonada a sí misma" (Baumgartner, 1921). Todas estas afirmaciones no hacen sinó reproducir, bajo una forma apenas diferente, la conclusión emitida hace treinta años por Tuffier, en el Congreso de Moscou (1897): "La terapéutica del quiste hidático del pulmón es de orden exclusivamente quirúrgico".

Pero, en contra de la opinión quirúrgica moderna invariablemente y unánimemente intervencionista, nosotros hemos sostenido, en diversas ocasiones desde hace quince años, que el tratamiento de los quistes hidáticos del pulmón no podría ser unívoco y que hay casos, y casos numerosos, donde la intervención sangrienta no es necesaria, casos donde la abstención operatoria debe constituir la regla de conducta.

En efecto, en un artículo publicado en 1911; de nuevo el año siguiente, en la tesis de nuestro deplorado interno Lepicard; luego más recientemente en una memoria aparecida en los Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades; en fin en la tesis de nuestro discípulo Bellard, nosotros nos hemos esforzado de establecer

que, en ciertas circunstancias, en ciertas condiciones, la vómica hidática natural es — sea lo que se haya dicho — realmente curativa y merece ser esperada.

Nuestra opinión no ha sido siempre bien comprendida o al menos exactamente referida. Con ese espíritu de esquematización tan común en los médicos y cirujanos, se ha pretendido hacer de nosotros un "admirador" beato de la vómica y un partidario sistemático de la expectoración en materia de equinococosis pulmonar. Se ha ido aún hasta escribir, de una manera tan inexacta como poco atenta: "Ciertos médicos timoratos esperan la vómica como una terapéutica eficaz y sin peligro porque es natural"!

Seguramente los autores en cuestión no han leído jamás nuestros trabajos. Ellos podrían ver cuán netamente nosotros habíamos, con precisión desde 1911, especificado en qué casos la vómica hidática podría llevar y llevaba lo más frecuentemente a la curación expontánea, en qué otros ella representaba al contrario, una verdadera complicación, constituyendo entonces "una indicación demás para intervenir sin retardo por toracotomía". Pero quizá era esta, a los ojos de estos cirujanos simplistas, una opinión muy complicada... Por el contrario, nosotros hemos tenido la satisfacción de ver diseñarse en estos últimos años un viraje sobre este punto entre los cirujanos particularmente experimentados que ejercen en "países hidáticos". Es así que Blanco Fortacin, de Madrid, antes todavía partidario decidido de la intervención quirúrgica en materia de quistes hidáticos del pulmón y sobre todo en casos

de quistes abiertos en las vías aéreas ha convenido recientemente que su tendencia intervencionista era "de un radicalismo excesivo". "A medida, escribe él, que la clínica me ha puesto en frente de nuevas modalidades de los quistes pulmonares y me ha obligado a meditar el pro y el contra de una intervención quirúrgica en cada caso, yo he debido reconocer que, sobre este punto como sobre tantos otros en medicina, no se podía sentar afirmaciones absolutas" (afirmaciones rotundas).

"Por otra parte, nosotros hemos podido saber que la mayor parte de los cirujanos australianos y neozelandeses, comparten en la hora actual, la opinión que nosotros hemos defendido. En la República Argentina, Lagos García declaraba recientemente que "los quistes del pulmón no deben todos ser operados". En Uruguay, Domingo Prat ha plenamente confirmado nuestra manera de ver, y algunos días más tarde, de Pena afirmaba a su vez que "la mayoría de los quistes hidáticos del pulmón abiertos expontáneamente curan".

"Nos ha parecido, con todo, que no era inútil volver sobre este punto. Porque, arrastrada cada día más adelante en el sentido intervencionista por los progresos incesantes y los ruidosos éxitos de la cirugía torácica, la opinión tanto médica como quirúrgica no parece, en Francia, haberse generalmente hecho una idea exacta del valor curativo de la vómica hidática pulmonar. Se tiene todavía mucha tendencia a considerar esta noción, a igual de la práctica de la vieja punción médica, como la concepción un tanto retardada

de algunos "médicos timoratos". Pero, si la ineficaz y peligrosa punción terapéutica es una práctica, a justo título condenada y por otra parte hoy universalmente abandonada de los médicos, por el contrario, la vómica hidática, queda, en circunstancias bien determinadas, como un proceso curativo simple y eficaz que legitima la expectación o indica, al menos provisionalmente, la abstención operatoria".

Nada mejor — y por ello hemos recurrido a la transcripción — que las líneas que anteceden, para conocer las opiniones que han primado y priman en el tratamiento de las hidátides, y muy especialmente en aquellas que se han abierto en el árbol bronquial. Mientras algunas reclaman "a outrance" la intervención quirúrgica, otras, en cambio, entregan la curación a las fuerzas naturales, siempre que las condiciones de la hidátide abierta se presten para ese esfuerzo; de ahí los intervencionistas y de ahí también los abstencionistas que sostienen que las vómicas hidatídicas, en muchos casos, son verdaderamente curativas.

Cuando se tiene la oportunidad de actuar en un medio, como el nuestro, en que la frecuencia de la equinococosis nos brinda la ocasión de poder observar y apreciar a la enfermedad en sus diversos aspectos, cuando la observación y la experiencia nos muestran la evolución y terminación de la afección hidatídica radicada en el pulmón, según sean las condiciones de esos tumores vesiculares, y cuando, también, sin prejuicios —y con más razón aún sin apasionamientos — se valoran y aprecian los hechos observados, se puede, y sin

reparo, fijar la norma de conducta en lo que respecta al tratamiento de la equinococosis hidatídica pulmonar.

"Los quistes hidatídicos del pulmón no deben todos ser operados", fué nuestra síntesis cuando requerida la opinión debimos escuetamente expresar nuestra manera de ver (1). Como puede colegirse, en esa frase, tácitamente, se admite entonces que la operación—que en rigor constituye el único "tratamiento" en la equinococosis hidatídica pulmonar—no es aplicable en todos los casos. Veamos ahora cuáles son esos casos en los que no recomendamos la intervención quirúrgica.

A pesar de todos los adelantos de la cirugía torácica no es posible, hoy por hoy, impunemente atravesar todo el parénquima pulmonar y extraer junto del hilio del órgano a un tumor pequeño y benigno que no produce aún mayores trastornos y el cual, como muchas veces lo ha enseñado la experiencia, es capaz de eliminarse solo, por una vómica, seguida luego de una completa restauración del órgano, anatómica y funcional. Contemporizar con esas pequeñas hidátides centrales a la espera de otros acontecimientos, no es por cierto una timidez sinó simplemente poner en juego — en obsequio del enfermo — la paciencia y prudencia, siempre en pugna con la injustificable precipitación. La equinococosis hidatídica del pulmón es quizá una de las afecciones quirúrgicas que más reclama aquel sentido de la oportunidad que siempre debe acompañar al cirujano. No intervenir en ciertos momentos y en ciertos casos a las hidátides del pulmón no es, seguramente, pecar de abstencionista, sinó solo saber dis-

cernir y adecuar el caso al tratamiento quirúrgico, pues esta en ciertas circunstancias bien puede resultar inútil, o por lo menos extemporánea. Consultemos cuáles son los casos en los que la intervención quirúrgica resulta inútil y cuáles son aquellos otros en que ella está fuera de tiempo.

Sabemos, y hoy es ya clásica esta división, que las hidátides pulmonares, por su situación en el órgano, pueden distinguirse en centrales y periféricas; de esto también que los quistes que ellas determinan puedan ser distinguidos en *quistes centrales parabrónquicos y en quistes corticales para-pleurales.* Por otra parte, y esto en lo que atañe al estado y no a la situación, la hidatidosis pulmonar se divide o distingue también en cerrada o abierta según que la vesícula está intacta, o que habiéndose roto y comunicado su quiste con el árbol bronquial ha exteriorizado su existencia por una vómica.

De tanto en tanto la práctica y observación de la equinococosis hidatídica pulmonar puede presentarnos el caso del enfermo que en medio de una sintomatología más o menos ruidosa y mediante una vómica ha arrojado productos — membrana o líquido — cuya naturaleza equinocóccica ha podido ser precisada. El examen clínico y más que todo la radiografía nos enseñan que en uno de los pulmones y centralmente colocada hay una pequeña sombra cuyos caracteres de típica imagen hidatídica se han perdido ya, y de ahí que ella aparezca como una sombra irregular, o también, como a veces se da el caso, bajo el aspecto de

una pequeña cámara aérea o hidro-aérea (neumoquiste transitorio). A todo esto, y como manifestaciones reaccionales, el enfermo presenta tos y expectoración, y con frecuencia también ligera elevación de la temperatura. Esta situación pulmonar creada con frecuencia perdura varios días o aún semanas, sin que por ello se instale un estado grave; traduce el esfuerzo del órgano para eliminar de su seno a esa pequeña vesícula que, vaciada y desintegrada, concluye por ser eliminada por vía bronquial. Con el desalojo y expulsión del parásito el pequeño quiste desaparece, los fenómenos reaccionales se atenúan y se van, y un tiempo después el examen clínico y la radiografía comprueban que todo ha vuelto a su quicio en ese pulmón antes parasitado. Más aún, y hecho muy importante en favor de la abstención en estos casos, la observación ulterior nunca demuestra que como consecuencia de la ruptura de la vesícula y de la estabilización de su líquido, con gérmenes, en la cavidad quística se produzca "in situ" ningún injerto o equinococosis secundaria, circunstancia también esta última para que, con impasibilidad, se pueda asistir a un proceso natural de curación expontánea. Es en los casos de esta índole en los que la intervención quirúrgica resulta un tratamiento inútil, aún en el supuesto — problemático — que se pueda llegar a la cavidad quística, pues es en estos enfermos con hidátides pequeñas y centrales en los que la vómica, total o fraccionada, ha reducido mucho al tumor, en los cuales se da el caso de que el cirujano — y aún el más experimentado — tenga que suspender la neu-

motomía sin haber podido dar con la cavidad quística que se proponía tratar. Es a estas intervenciones inútiles, sin éxito y bien injustificadas, a las cuales Dévé irrespetuosamente — según sus propias palabras — clasifica de operaciones "bredouilles".

Desde que en la semiología pulmonar usamos casi sistemáticamente los Rayos X, y desde que las reacciones biológicas del Laboratorio permiten hacer suponer la existencia de la equinococosis, no es raro que en la práctica se presente el caso de que se pueda diagnosticar a una pequeña hidátide alojada en el centro del pulmón y cuya integridad se manifiesta o exterioriza tanto por la completa ausencia de vómica cuanto por la nitidez de su imágen radiográfica. Ante ese descubrimiento, es importante conocer cual debe ser la conducta a seguir.

Cada vez que el diagnóstico precoz nos pone en presencia de una de esas hidátides intactas, pequeñas y centrales, un verdadero compás de espera se impone en lo que se refiere al tratamiento. La intervención quirúrgica en estas condiciones es completamente extemporánea, y esto por varios motivos que la experiencia siempre se encarga de demostrarlo. Fuera aún de las facilidades que esa hidátide, por su situación vecina a bronquios gruesos, tiene para la evacuación y curación, en casos de una vómica, menester es también tener en cuenta que su accesibilidad quirúrgica está en razón inversa de su tamaño y de su centralización. Por otra parte tratándose de un parásito vivo, tanto su tamaño como su situación, a medida que el tiempo trans-

curre, se hacen cada vez más factibles para una intervención ulterior. A medida que la vesícula aumenta de volúmen, ella parece como que en parte se descentraliza aproximándose cada vez más hacia la pared torácica, reduciéndose por lo tanto la zona de parénquima pulmonar interpuesta entre la adventicia y la pleura visceral. Sabiendo esperar en estos casos, y siguiendo periódicamente con la clínica y la radiografía la evolución de la afección, se puede llegar a operar en su oportunidad a esas vesículas en las que la intervención quirúrgica efectuada meses antes, hubiera constituído una verdadera temeridad; y por cierto, que para estas pequeñas hidátides intactas y centrales también valen aquellos reparos que opusiéramos a la intervención quirúrgica de las pequeñas hidátides abiertas por vómica limpia sobrevenida uno o dos días después de una de estas intervenciones fracasadas.

Pero, por cierto, y así como nos lo demuestran nuestros casos observados, no son estas hidátides pequeñas y centrales, intactas o abiertas, las que más a menudo se presentan al médico o al cirujano. La mayor parte de los enfermos que nosotros hemos examinado reunían las condiciones requeridas para aplicar en ellos el tratamiento quirúrgico. Y ha sido por esto que al ser requerida nuestra opinión, y pensando que los no beneficiados por la intervención son los menos, hemos, sintéticamente expresado, "que no todos los quístes del pulmón deben ser operados."

Son las hidátides corticales, parapleurales o periféricas, aquellas en las cuales, y sin reparos, debe apli-

carse el tratamiento quirúrgico. Fuera de que su accesibilidad así lo predispone, sin que en ningún caso la neumotomía deje de encontrarlos y vaciarlos, obran aquí también otros factores que alejan la posibilidad de la vómica expontánea, y aún en el caso de su producción, quitan a ella ese poder y valor curativo que caracteriza a las vómicas de las pequeñas hidátides centrales. Consideramos también aquí tanto el caso de la hidátide abierta como el de la hidátide intacta.

Son las hidátides corticales abiertas las que quizá más reclaman los beneficios de la intervención quirúrgica. Si bien se da el caso, a veces, que alguno de estos tumores, por su tamaño reducido, se curan después de una vómica expontánea, lo común es que cuando el contenido de estos quístes se abre en el árbol bronquial tienen ellos ya un tamaño y una constitución anátomo-patológica que se oponen a toda curación expontánea. No es ahora el caso de volver a repetir aquí lo que ya hemos expresado al tratar la patogenia de los neumo-quistes y pio-neumo-quistes, pero es, sí, la ocasión de recordar que son estos quistes corticales y grandes, abiertos expontáneamente o por punciones exploradoras, los que librados a sus propias fuerzas llevan muy a menudo a ese complejo anátomo-patológico — el pio-neumo-quiste hidatídico — que si bien constituído, exterioriza la impotencia del órgano para la curación expontánea. Tanto los neumoquistes recientemente producidos como los pio-neumo-quistes establecidos, deben ser, sin dilaciones, sometidos al tratamiento quirúrgico; el volumen del quiste, en estos casos, la gran mem-

brana germinativa que le ocupa y a estos añadido la pequeñez y mala situación del bronquio encargado del drenaje, como también el espesor y dureza de la adventicia, que se oponen a la reducción de la cavidad quística, son todos factores muy desfavorables para que pueda efectuarse una curación expontánea. En cambio, ese mismo gran tamaño de la bolsa quística, esa misma situación cortical que los aplica a la pared toráxica, la propia existencia de adherencias o aún de una sínfisis pleural, están como indicando una intervención — muy simple en este caso — por la cual se da salida, y con amplitud, a todos esos productos mal drenados por esos bronquios que, tras de estrechos, son también antigravitarios.

No siempre, en la práctica, los casos observados y ante los cuales debemos resolver la factibilidad y beneficios de la operación se presentan en esas condiciones extremas que a propósito hemos acentuado, ya que con ellos buscábamos una antítesis entre los tumores hidatídicos operables y aquellos que no lo eran. La decisión, fácil en los casos extremos, ofrece, en ciertas ocasiones, momentos de duda y de hesitación. Esto ocurre no ya en las hidátides intactas ante las cuales la espera en nada perjudica al enfermo, sinó en aquellos otros casos en que una vómica ha eliminado total o parcialmente al parásito quedando, sin embargo, una cavidad quística, que, sin ser pequeña ni central, tampoco puede considerarse como grande y periférica. Son ciertamente estos casos los que requieren una mayor observación y los que más ponen a prueba el tacto y

sagacidad del clínico, como también la habilidad del cirujano.

Tenemos por norma de conducta en nuestros casos de hidatidosis pulmonar, seguir sistemáticamente con los rayos X, todos los pormenores y viscisitudes que se producen en las cavidades quísticas una vez que la hidátide se ha eliminado totalmente por la intervención quirúrgica, total o parcialmente por la vómica expontánea. (Radiografías Nº 69, 70, 71 y 71; 62 y 63). De esta manera tratamos de conocer y justipreciar el proceso de restauración pulmonar; de apreciar y valorar merced a qué factores, en caso de vómica, el pulmón se deshace de esa cavidad que fuera el nido del parásito. Cuando, como resultado de exámenes radiográficos repetidos, llegamos a la convicción de que existe un proceso cavitario estabilizado; cuando los fenómenos infecciosos apremian traduciéndose sobre todo por una temperatura persistente; cuando el estado general, necesariamente se resiente; y cuando, como consecuencia de todo esto, el proceso toma ya el aspecto de mal crónico ante el cual resultan impotentes los esfuerzos naturales del órgano, creemos que ya la espera no solo es inútil sinó también dañina, pues la dilación, en estos casos, disminuye las probabilidades de éxito que pueda tener la intervención quirúrgica que desde ya debe ser decidida.

El anestésico a emplear, así como la manera de administrar la narcosis tiene, seguramente, su buena importancia en el tratamiento quirúrgico de la equinococosis hidatídica pulmonar en la infancia.

Si bien, y de una manera general, la anestesia local

no es la anestesia de preferencia en la cirugía infantil, una excepción debe hacerse cuando se operan hidátides pulmonares. En esto no acompañamos por cierto a quienes sostienen — Gimbellot con ellos — que es a la anestesia general a la que se debe recurrir de preferencia en las intervenciones dirigidas contra los tumores hidatídicos del pulmón.

Un punto importante, íntimamente relacionado con la anestesia, en las intervenciones de las hidátides pulmonares, está en la indispensable conservación de los reflejos. Menester es que en cierto momento de la operación el enfermo pueda con su tos y expectoración ayudarse y defenderse de una posible inundación bronquial. Tener profundamente anestesiado al enfermo, en ese momento, es exponerlo a accidentes, muy desagradables y angustiosos, y que en algunas ocasiones han podido ser fatales.

No se nos oculta por cierto que en la explicación de esas muertes súbitas ocurridas en el preciso instante en que la hidátide vuelca su líquido, no es sólo a la parte mecánica del accidente — inundación bronquial — a la que se imputa la muerte del enfermo; si bien en su producción puede también participar un edema agudo "ex vacuo" o aún una rápida intoxicación, lo cierto es que la práctica nos ha mostrado que operando a nuestros enfermos "despiertos" jamás hemos visto volver a producirse esos resultados trágicos que nos tocó alguna vez presenciar cuando la anestesia era general y profunda.

Es decididamente, entonces, por la anestesia local

que se debe optar en la hidatidosis equinocóccica pulmonar. La anestesia por infiltración, a base de novocaina-adrenalina, es la de nuestra preferencia en las hidátides pulmonares de los niños. En la generalidad de los casos nos bastan 15 a 20 centímetros cúbicos de la solución a 1|2% para efectuar la operación. El líquido anestésico lo infiltramos desde la piel hasta la pleura parietal.

Cuando por cualquier circunstancia necesitamos recurrir a la anestesia general — éter o cloroformo — solo efectuamos la primera parte de la operación con el enfermo dormido. Una vez practicada la incisión de la piel, de los músculos y la resección costal, suspendemos temporáneamente la intervención hasta que el enfermo nos da muestras inequívocas de que ha salido de su sueño anestésico. Recién entonces es que procedemos a la búsqueda y extracción de la hidátide, y obvio nos parece agregar que durante toda esta parte de la operación, la menos dolorosa, apenas si suministramos unas cuantas gotas de anestésico, vigilando siempre la completa conservación de reflejos.

Tan importante como la propia anestesia es aún la posición en que se debe colocar al enfermo — el niño en nuestro caso — en el acto operatorio, o, más precisamente, en el instante en que se va a proceder contra la hidátide.

El "desideratum" de toda intervención quirúrgica que tiene por objeto librar al enfermo de cualquier colección líquida — sea ésta enquistada o no — es llegar a la extracción de esa masa líquida en condiciones

tales que ella pase directamente, sin contaminación, desde el sitio de producción al exterior, o, dado el caso, al recipiente o aparato receptor. Las intervenciones quirúrgicas dirigidas contra las vesículas hidatídicas son, seguramente, de las que más deben acogerse a esa exigencia de la buena técnica. Si bien, desde que se emplean aparatos aspiradores para extraer no solamente el líquido hidatídico sinó también las membranas, el desagotamiento se efectúa reduciendo al mínimo la contaminación, no está demás, tratándose de tumores hidatídicos pulmonares muy comunmente en comunicación con bronquios, hacer adoptar al enfermo la posición más conveniente para que en el caso eventual del estallido de la hidátide en su propia cavidad quística, el líquido derramado, y aún la propia membrana, encuentren fácil salida por la brecha operatoria, alejándose así la posibilidad de la contaminación e inundación bronquial. Y al referirse a la contaminación bronquial por el líquido hidatídico, con sus gérmenes, no es que temíamos a la equinococosis secundaria, por siembra de los escolex, en la mucosa de los bronquios —pues una larga observación nos muestra que en la práctica esos injertos no existen — sinó que impidiendo que el líquido, aunque fueren solo gotas, llegue al árbol bronquial se libra al enfermo de la acción local y general del mismo, evitándose así accesos de tos, trances de disnea y angustia, que si bien pasan sin mayor complicación, entorpecen la facilidad y la tranquilidad del acto operatorio.

La posición más racional que se debe dar al pa-

ciente en el momento que se va a evacuar el tumor hidatídico es la posición vertical del tórax.

La práctica y observación de la equinococosis pulmonar por una parte, y la técnica operatoria por otra, nos enseñan que las hidátides medias y de base tienen siempre su más fácil acceso por la parte posterior y lateral del tórax; en cambio, las hidátides superiores — de lóbulo superior o de vértice — casi siempre propulsan hacia adelante las primeras costillas ofreciendo, por lo tanto, una accesibilidad mayor por la parte anterior del tórax, circunstancia feliz por cuanto ahí nos vemos libres de las dificultades, que atrás y aún por el costado, puede oponer el omóplato. Es entonces conciliando estos sitios de acceso con la posición vertical del tórax por una parte, y con la colacación del enfermo en la mesa de operaciones por otra, que han surgido dos posiciones clásicas para dar al enfermo en el acto operatorio y muy especialmente en el momento que se procede a la punción, o incisión de la hidátide. La posición de "jockey", como muy gráficamente se le ha llamado, es realmente la posición ideal para aquellos casos en que la toracotomía es posterior o aún lateral; en esta posición, el niño cabalgando sentado a piernas separadas sobre la mesa de operaciones, inclina su cabeza y cuerpo hacia adelante, hacia donde también lleva sus brazos adoptando exactamente la misma posición que el ginete en la carrera; varios cojines o almohadas colocadas por delante, donde puede apoyar los brazos y aún la cabeza, dan más comodidad al enfermo con lo que se facilita más también la

operación. La posición vertical, recostado, cabalgando también sobre la mesa de operaciones, y con el brazo correspondiente en alto y cruzado por detrás de la cabeza es, en cambio, la mejor para aquellos casos donde la intervención se efectúa en la parte anterior y superior del tórax. Ambas posiciones son muy cómodas para efectuar en ellas la serie de inyecciones que requiere la anestesia local, pero no lo son, seguramente, para la suministración de la anestesia general. En este último caso el enfermo se anestesiará acostado, procediéndose también, si se quiere, a efectuar la primera parte de la intervención en decúbito, para luego, y antes de punzar o incindir la hidátide, llevarlo, según el caso, a una u otra de esas posiciones clásicas.

De capital importancia en toda hidatidosis pulmonar que va a ser sometida a una intervención quirúrgica es fijar de antemano, lo más precisamente posible, el sitio por donde se debe abordar a la hidátide partiendo del principio, muy natural, que la mejor vía de acceso o el mejor camino para llegar hasta el tumor hidatídico es siempre el que interpone menos distancia entre la hidátide y el operador.

En la práctica, no nos resulta por cierto difícil en los niños poder precisar, casi siempre con acierto, el sitio más conveniente para efectuar la toracotomía. Fuera de que algunos casos, hidátides de lóbulo superior, una ectasia circunscrita con propulsión de las costillas, indican que es ahí donde el tumor más se aproxima a la pared torácica, los medios físicos percutorios y auscultorios ayudan también a determinar la

zona de mayor aproximación. Y si todo esto no fuese suficiente, el estudio radioscópico y radiográfico puede demostrarnos, si es por delante, si es por detrás o si es por el costado por donde se debe dirigir la intervención quirúrgica.

Se ha aconsejado que cuando en este preámbulo operatorio se fija o determina el sitio por donde la hidátide debe ser atacada, el paciente debe ser examinado en la misma posición que ocupará durante la intervención, para evitar así que un cambio de posición traiga modificaciones de relación entre el tumor y el sitio o región determinada para el ataque. Si bien esta prevención es únicamente valedera para determinadas hidátides, nosotros siempre fijamos en posición de tórax vertical el punto predilecto, desde que en esa posición vertical efectuamos siempre la toracotomía.

En materia de resección y de movilización costal somos más bien parcos en nuestras intervenciones. Nunca recurrimos a esas ventanas, comprendiendo dos o más costillas, que algunos cirujanos tallan—Posadas y Finochietto entre nosotros—y que comprende en una o dos capas los distintos planos de la pared torácica. En nuestra opinión esas brechas son demasiado amplias y en la mayoría de los casos no se aprovechan, resultando por lo tanto un traumatismo inútil. Más lógico es comenzar por la económica resección de una sola costilla, que las ulterioridades de la intervención ya indicarán si es menester movilizar o resecar algunas otras. Por otra parte, y tratándose de niños, la pequeña resección costal no tiene el carácter de pérdida

ósea definitiva, pues la vivacidad del periostio asegura su neoformación. En la mayoría de los niños por nosotros operados, nos hemos valido de resecciones que no excedían de 4 o 5 centímetros, sin que por ello encontráramos ninguna dificultad o traba en el acto operatorio. Cuando en algún caso excepcional hemos necesitado ensanchar la brecha en altura, por la misma incisión operatoria hemos movilizado o resecado un trozo, también pequeño, de la costilla inmediata superior o inferior.

Nuestras incisiones y resecciones costales económicas no son sinó la consecuencia de la exacta localización que siempre tratamos de obtener, antes de la intervención quirúrgica. Y es este el motivo por el cual nunca o casi nunca, llegados a la pleura parietal, necesitamos abrir esta hoja, en caso de no estar adherida, para ir a buscar por palpación sobre la propia superficie pulmonar el sitio que debe corresponder a la localización del tumor hidatídico. En nuestros niños operados podemos siempre manejarnos perfectamente, durante la búsqueda y extracción del parásito, desde la pequeña brecha abierta, sin recurrir a los datos que puede proporcionar la visión o palpación del órgano. No se nos oculta seguramente, que en la infancia, y a igualdad de tamaño de la hidátide, su reconocimiento operatorio es una tarea más fácil; los tumores hidatídicos *relativamente* son siempre más grandes y accesibles en el niño que en el adulto.

Una vez efectuada la pequeña resección costal, dejando siempre íntegro el lecho de periostio que

corresponde al segmento extirpado, tratamos de cerciorarnos si en ese sitio el pulmón subadyacente mantiene o no adherencias con la pared.

En el niño, donde es muy pronunciada la delgadez del periostio y de la serosa parietal, casi siempre es fácil, por simple transparencia, ver si el órgano que está inmediatamente por debajo desliza o no durante los movimientos respiratorios. Esta comprobación tiene seguramente su importancia por cuanto nos advierte ya sobre lo que puede ocurrir más adelante cuando procedamos a la extracción del parásito.

La presencia de una sínfisis pleural, bastante común en las hidátides pulmonares de los niños, constituye siempre una circunstancia favorable en el acto operatorio. Fuera de que, muy a menudo ella indica la proximidad del tumor hidatídico, ella también excluye de la operación a la serosa, exclusión deseable desde el momento que no se puede nunca contar con la absoluta asepticidad de la vesícula, que, aún intacta y perfectamente limpia, puede sin embargo, y como consecuencia de algún bronquio abierto en la cavidad quística, traer consigo un foco de muco-pus.

La inexistencia de adherencias pleurales hace ya presumir que el quiste, por lo menos en ese sitio no aflora en la superficie del órgano, lo que necesariamente va a influir haciendo más compleja la intervención.

Comprobadas o no las adherencias y antes de resolver la conducta que hemos de seguir con la pleura, procedemos al reconocimiento de la hidátide. Para ello

menester es recurrir a la punción capilar.

Provistos de una jeringa Lüer con su correspondiente aguja fina y larga, preparamos y ponemos a mano todo el instrumental, pues si la punción resulta positiva, el resto de la operación deberá ejecutarse con la mayor rapidez posible. Varios y bien distintos por cierto pueden ser los resultados de la punción exploradora.

Cuando se trata de hidátides intactas, teniendo ya cierto tamaño y estando más o menos próximas a la pared — que son, por otra parte, las hidátides que se deben operar — basta que la aguja penetre en ellas para que inmediatamente la jeringa lo acuse llenándose del líquido característico; a veces es tal la tensión de este líquido que es menester sujetar al émbolo para que no escape del recipiente. Comprobado así el sitio del parásito, y sin sacar la aguja que servirá de guía al trocart o al bisturí, con dos o tres pinzas erinas y a través del periostio y de la pleura parietal sujetamos al pulmón, tanto en el caso de no haberse comprobado adherencias como también en el caso de haberlas.

Antes, cuando comprobábamos un pulmón libre, procedíamos a su fijación por el arponaje o mediante una serie de puntos de catgut. Hoy sólo nos valemos de la prehensión con pinzas, pues al neumotórax operatorio, si bien no lo provocamos, tampoco le tememos. Es recién después de haberse asegurado que el órgano está sujeto, que el trocart de un aparato aspirador — el del Dr. Finochietto, en primera línea — o la lámina del bisturí, entra por el punto marcado por la aguja

hasta la cavidad quística e hiriendo a la vesícula aspira su contenido, en el primer caso, o hace que un chorro salga por la incisión producida.

Tanto cuando se opera como aspirador como cuando la hidátide se vacía directamente por la brecha abierta, las pinzas que sujetan al órgano deben siempre mantenerse sujetas y fijas; ocurre muchas veces que como primera consecuencia del desagüe de la hidátide, reduciéndose y retrayéndose el tumor, el pulmón tiende a alejarse de la pared, sobre todo cuando no hay adherencias firmes, y entonces el órgano se nos va de entre las manos, chorreando líquido que cae en la pleura, siendo luego muy difícil atraerlo nuevamente hacia la incisión operatoria. Vaciada la cavidad quística de su líquido y membrana, sea por el aspirador o sea directamente, antes de soltar las pinzas que fijan al órgano procedemos por medio de cuatro puntos de catgut a fijar los labios de la herida pulmonar al plano muscular de la incisión. Muy excepcionalmente, en casos de hidátides pequeñas y perfectamente limpias cuya cavidad se puede bien examinar, procedemos a la oclusión, sin drenaje. Casi sistemáticamente marzupializamos las cavidades quísticas pulmonares, dejando como drenaje una gasa larga o un tubo de goma.

Cuando es el caso de hidátides supuradas o de pioneumo-quistes hidatídicos, la punción exploradora efectuada a objeto de localizar el tumor hidatídico no es ya tan decisiva y certera como en el caso de hidátides limpias e intactas. Si bien en algunas hidátides, ya francamente sépticas, pero que aún no se han vaciado,

y en las que el líquido conserva todavía cierta fluidez, la aspiración puede aún efectuarse sin mayores dificultades, hay otras en cambio en las cuales por la escasez y densidad del producto purulento, menester es efectuar varias punciones, y con aguja más gruesa, antes de poder retirar una pequeña cantidad de pus. Es en estos casos donde con más razón aún debemos dejar colocada la aguja de punción antes de proceder a la incisión que abrirá la cavidad quística. Y demás está decir que una vez abierta esta cavidad y retirada la membrana o sus restos, se procederá a marsupializarla y drenarla ampliamente.

Pero aún otras emergencias pueden todavía presentarse en la búsqueda de la hidátide cuando por la punción exploradora operatoria se trata de localizarla. La intervención efectuada en algunas hidátides supuradas abiertas, y con más razón aún en los pio-neumoquistes hidatídicos, nos ha enseñado que a veces la punción exploradora, en lugar de líquido, aspira únicamente aire o gases. Cuando esto ocurre, es fácil percibir que el émbolo solo y durante la inspiración se levanta para solo también caer durante la expiración; asimismo, si una vez levantado el émbolo se saca la jeringa y se expele, se observa que su contenido gaseoso transmite muchas veces mal olor. En los casos de esta índole, guiándonos también por la aguja colocada, es que incindimos el parénquima hasta llegar a la cavidad quística que luego marsupializamos y drenamos. Es todavía, pero muy excepcionalmente, que puede darse el caso de que la punción exploradora retire

líquido sin que este, sin embargo, forme parte o corresponda al contenido vesicular. Llamamos la atención sobre este punto por cuanto lo hemos visto denunciado por los autores formalmente. Como se verá tiene gran importancia para el operador.

Así como lo hemos hecho notar en el curso de este trabajo, la pleuresía hidatídica, con derrame, puede presentarse alguna vez en la hidatidosis equinocóccica del pulmón. Derrames, enquistados o no, de la pleura en las proximidades de la hidátide, pueden en algunos casos, ser punzados durante la exploración e inducirnos a seguir una falsa ruta en la extracción del parásito, pues, en estos casos, dirigido el bisturí en esa dirección, se abre inútilmente la pleura y un neumotórax total o parcial inesperado nos complica la intervención. La mejor manera de no dejarse sorprender por esta posible eventualidad es tener siempre presente que un derrame, no diagnosticado, puede coexistir con una hidátide, y nunca tomar como líquido hidatídico al líquido citrino amarillento que corresponde a esos derrames. El líquido vesicular cuando no es cristal de roca, es turbio lechoso, o francamente purulento.

El período "post-operatorium" de las hidátides pulmonares nos presenta, muy a menudo, en la infancia, lo que bien pudiéramos llamar una convalescencia accidentada. Si bien en algunos casos felices, con hidátides de tamaño discreto, limpias y sin bronquios comunicantes, una curación rápida, por nada entorpecida, sigue a la operación, en otros, en cambio, sobrevienen una serie de accidentes, complicaciones o secuelas que

es menester conocer para también aplicar su respectivo tratamiento.

Ya en varias ocasiones, en el curso de este trabajo, nos hemos referido a una complicación, que aún a riesgo de pecar por insistentes, deseamos una vez más recordar aquí. Nos referimos a la frecuencia con que tanto en las hidátides no operadas como en aquellas sometidas al tratamiento quirrúgico, se forman en la zona de parénquima pulmonar vecina al quiste—verdadera zona periquística—focos congestivos y hepatizantes que si alguna vez quedan reducidos a esa zona, en otros, en cambio, se extienden en el órgano originando verdaderas neumonias bastardas de evolución bien atípica, y que, como es natural entorpecen la marcha de la curación en los enfermos operados. Nuestra insistencia al traer nuevamente a colación estos procesos se explica porque creemos que ellos no han sido lo suficientemente delatados por los autores y porque suponemos también que en muchos casos ellos no son reconocidos.

Con frecuencia sucede que en enfermos que han sido intervenidos en las mejores condiciones, varios días después de practicada la operación que hasta entonces ofrece un "post-operatorium" ideal, sin fiebre y sin ninguna manifestación pleuro-pulmonar, de un día para otro la temperatura se enciende y la tos o la disnea aparecen, o recrudecen si es que ya existían. Como la herida operatoria y la cavidad quística, en casos de hidátides intactas y limpias, ha entrado ya en un período en que, por infecciones agregadas o

secundarias, supura más o menos abundantemente, se piensa muchas veces que el episodio febril que se intercala es la consecuencia de una falla en el drenaje. Un examen de la herida, y aún de la cavidad quística marsupializada, no muestra sin embargo tal accidente que se presume. Y otro tanto sucede cuando, pensándose en una pleuresía, las distintas punciones efectuadas resultan negativas. Si en algunos casos, es cierto, cuando los focos a que aludimos son grandes, ellos se delatan a la percusión y auscultación, menester es recordar que en muchos otros no es posible contar con el resultado del examen estetoscópico por cuanto el pulmón a reconocer lleva en su seno una vasta cavidad dejada por la hidátide y en la cual casi fatalmente se abren bronquios. Es por ello que nosotros sistemáticamente seguimos a nuestros operados con los Rayos X, lo que, en caso de producirse esta complicación, nos muestra las sombras delatadoras. Una serie de radiografías que acompañan a este trabajo muestran hasta la evidencia la producción de esas congestiones y neumonias post-operatorias. (Radiografías números 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81 y 82).

Ante la posibilidad de esta frecuente complicación es que creemos que no está demás en los operados por hidátides pulmonares guardar ciertas precauciones tendientes a evitar, o por lo menos a aminorar, los efectos de la misma, en caso de producirse. Es por este motivo que en nuestros niños operados evitamos todo lo posible la anestesia general—éter o cloroformo—y que una vez intervenidos, comprobadas comu-

nicaciones bronquiales con la cavidad quística, mantenemos al enfermo aislado, en una pequeña pieza, cuya temperatura tratamos de conseguir que sea constante y húmeda haciendo hervir continuamente hojas de eucaliptus. Asimismo y durante las curaciones, que deben efectuarse en el mismo local, colocamos sobre la herida compresas embebidas en suero tibio, a fin de que el aire que llega por la herida, a la cavidad quística, no sea frío ni seco. También, y desde el día que precede a la operación, administramos ya algunas gotas de digitalina.

Las pleuresías purulentas también suelen presentarse, como se comprende, entre las complicaciones post-operatorias de las hidátides pulmonares. Tanto más probables cuanto menores eran las adherencias que aislaban el campo operatorio, o cuanto mayor era la septicidad de la hidátide extraída, ellas son de fácil reconocimiento y tratamiento. Las pleurotomías con resección costal, por encima o por debajo del sitio donde la cavidad quística está fija y marsupializada a la pared, dan fácil salida a esas colecciones de pus.

A pesar de la extracción del parásito y del drenaje efectuado; a pesar también de los esfuerzos del órgano en su restauración, tendiente a reducir o a hacer desaparecer la cavidad dejada por la hidátide, ocurre en algunos casos, que varios meses transcurren sin que el proceso toque a su fin. Una cavidad persistente que siempre supura, y en la cual el drenaje no siempre se desempeña satisfactoriamente, mantiene subsistente ese estado de cosas reclamando una segun-

da intervención destinada a destruir ese espacio interpuesto entre la pared costal y el fondo del quiste pulmonar. Es en estos casos, y con éxito, que en nuestros operados hemos recurrido a la resección de varios segmentos costales, logrando así que por el aplastamiento de la pared torácica desapareciese la cavidad existente.

Secuela importante y que con alguna frecuencia observamos en los niños operados por hidátides pulmonares, es la que se instala como consecuencia de una fístula bronco-cutánea. Estas fístulas, que tanto retardan a veces la curación total, pueden en algunos casos cerrarse expontáneamente, sin necesidad de recurrir a su extirpación. Cuando a pesar de los curetajes y de los tratamientos tópicos ellas persisten, procedemos entonces a su disección, previa "lipiodización" que nos marca su trayecto y su origen. La extirpación en estos casos llega hasta el parénquima pulmonar y muy a menudo la completamos con una pequeña resección costal del segmento neoformado, casi siempre de formación irregular y, algunas veces, sitio de algún pequeño foco de osteomielitis.

OBSERVACIONES CLINICAS

OBSERVACION Nº 1

Nombre, A. B. — Edad, 10 años. — Sexo, masculino.— Año 1898.

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niño nacido a termino. Lactancia materna hasta la edad de un año. Ha padecido de gastro-enteritis. Su enfermedad actual comenzó hace dos meses con dolor de costado en el lado derecho, tos frecuente y fiebre; desde entonces le quedó expectoración muco-purulenta, acompañada algunos días de temperatura febril. Ha enflaquecido mostrándose muy inapetente. No ha tenido hemóptisis, ni ha expulsado membranas en las sustancias expectoradas.

Estado actual. — Niño bien constituído, buen desarrollo esquelético y muscular, regular estado de nutrición; piel y mucosas un poco pálidas. Ganglios pequeños en las ingles, axilas y cuello.

El examen del aparato digestivo no revela nada anormal. Hígado y bazo no se palpan. En el examen del tórax se comprueba una macicez en la base derecha y a convexidad superior. No hay vibraciones vocales en ese sitio. Por la auscultación se comprueba silencio respiratorio. En el pulmón izquierdo no se encuentra nada anómalo.

Mayo 31|1898. Operación: Bajo anestesia clorofórmica, y previa una punción capilar que da salida a líquido cristal

de roca, se efectúa en la línea axilar media, 8ª costilla, una resección de 4 ctms. de longitud; se encuentra el pulmón adherido a la pared, se incinde y se extrae una membrana del tamaño de un huevo de avestruz con líquido limpio y sin vesículas hijas. Se refuerzan las adherencias pleurales fijando la membrana quística a la pared muscular. Se deja drenaje con gasas.

Agosto 14|1898. Dado de alta curado.

OBSERVACION Nº 2

Nombre, I. L. — Edad, 10 años. — Sexo, masculino.— Año 1899.

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — El niño ha sido criado en el campo. Salvo pequeños trastornos gastro-intestinales, ha sido siempre sano. Su padecimiento actual comienza hace un mes con dolor en el costado derecho, tos y un poco de fatiga. Hubieron también algunos días en que tuvo fiebre, creyéndose en una pulmonía. Es enviado al Hospital de Niños, pues se sospecha que existe un derrame pleural.

Estado actual. — Niño bien constituído y en regular estado de nutrición. Buen desarrollo esquelético y muscular. Piel trigueña, mucosas rosadas. Boca y faringe normales. Abdomen normal. No se palpa hígado ni bazo. Corazón normal, pulso regular, tenso: ochenta pulsaciones por minuto. Por el examen del tórax se advierte en la base del pulmón derecho —sitio donde anteriormente acusó dolor—una zona en que la percusión da sonido mate; esta zona perceptible, sobre todo por detrás, deja una franja sonora entre ella y la macicez del

hígado. Por la auscultación se observa disminución del murmullo vesicular y un soplo suave.

Mayo 20|1899. Operación. Anestesia clorofórmica. Se efectúa una punción capilar en el 8º espacio intercostal derecho, al nivel de la línea axilar y se retira líquido cristal de roca. Incisión sobre la 8ª costilla y resección en una extensión de 5 ctms. No hay adherencias. Arponaje del pulmón; en el lóbulo inferior se asienta una hidátide, del tamaño de una naranja, que se abre dando salida a líquido y a la membrana madre; ambas aparentemente asépticas. Se sutura la brecha pulmonar y se abandona sin fijarla a la pared. Sutura de los diversos planos.

El enfermo es dado de alta a los 10 días, aparentemente sano.

Julio 21|1899. El enfermo reingresa al Hospital con toda la sintomatología de un pio-neumotórax.

Agosto 5|1899. Se efectúa una pleurotomía al nivel de la cicatriz dejada por la intervención anterior; sale abundante pus y gases. Se deja drenaje amplio con gasas.

Septiembre 6|1899. Se da de alta curado.

OBSERVACION Nº 3

Nombre, J. G.— Edad, 10 años.— Sexo, masculino. — Año 1901.

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — La historia levantada el día de la entrada no menciona nada de ellos.

Antecedentes personales. — Hace tres meses ha tenido sarampión; más o menos en esa época empezó a quejarse de dolores al nivel de la tetilla izquierda. Ha tenido tos y algunas veces ha esputado sangre.

Estado actual. — Niño bien desarrollado, panículo adiposo regular, estado general bueno. Por la inspección se nota que el tórax está un poco abovedado en el lado izquierdo, al nivel de la tetilla; esta se encuentra, no obstante, al mismo nivel que la del lado opuesto. El abovedamiento se extiende hasta la línea axilar posterior. Palpando al niño, se advierte que no acusa dolor al nivel del abovedamiento, pero se observa también que ahí las vibraciones torácicas están abolidas. Por la percusión en el pulmón izquierdo, y por delante, se nota sonoridad timpánica en el vértice y en la base; hay una zona de macicez absoluta que se extiende desde el segundo espacio intercostal hasta el sexto; esta zona mate está bien limitada hacia abajo por una línea de convexidad inferior y hacia afuera alcanza hasta la línea axilar posterior. Por detrás, y siempre en el pulmón izquierdo, la percusión muestra el vértice y la base sonoros, circunscribiendo una submacicez en la parte media. Por la auscultación se comprueba silencio respiratorio casi absoluto al nivel de la zona mate anterior, no así en la cara posterior del tórax. El murmullo vesicular se oye, en cambio, exagerado en el resto del pulmón.

Operación: Incisión al nivel de la 4ª costilla, línea axilar anterior. Se resecan 3 ctms. de esta costilla. Se incinde el quiste adherido a la pared; la tensión es muy grande y el líquido se escapa con mucha intensidad. La membrana germinativa se presenta en el orificio impulsada por los movimientos respiratorios del niño. La hidátide tiene un volumen mayor que el que corresponde a una cabeza de feto a término. Se marsupializa la cavidad fijando la membrana quística al plano muscular y se deja drenaje amplio de gasas. Un mes después de operado, el estado general es bueno y la herida está casi cicatrizada. A los pocos días de la operación tuvo, sin embargo, ligeras hemóptisis y un poco de temperatura.

Dos meses y medio después de la intervención el estado general es bueno; no hay temperatura. Tiene al nivel de la 5ª costilla y sobre la línea axilar una herida fistulizada con

escasa supuración; los fenómenos auscultatorios y percutorios del pulmón son normales. No hay dolor, hace tiempo que no tiene hemóptisis.

Sigue bien por otro mes; en el pulmón no hay signos de esclerosis; la fístula está circunscripta y ha disminuído poco de diámetro.

Hay un poco de supuración, y como no tiene tendencia a cerrarse expontáneamente se resuelve intervenirla.

Incisión al nivel de la fístula; se encuentra la costilla aumentada de volumen y rugosa. Se resecan 3 ctms. y se sutura.

Tres semanas después el enfermo sale de alta curado.

OBSERVACION Nº 4.

Nombre, F. N. — Edad, 6 años. — Sexo, masculino. — Año 1901.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niño que ha tenido gastro-enteritis repetidas. Ha sido criado a pecho hasta los seis meses. No ha tenido ninguna enfermedad infecciosa; según la historia levantada a la entrada, la enfermedad comenzó dos días atrás con fiebre alta y continua, un poco de tos seca y dolor, tanto en el pecho como en la espalda del lado izquierdo.

Estado actual. — Niño bien desarrollado; panículo adiposo escaso. Hay mucha disnea. Pulso frecuente. Temperatura, 38º6.

A la inspección general, se nota por delante del tórax un abovedamiento localizado en la fosa infra-clavicular del lado izquierdo. Por la palpación, se encuentra que las vibraciones torácicas están abolidas en el sitio abovedado, no así en la fosa supra-clavicular y en la base del pulmón. El corazón se

siente latir con gran frecuencia, pero el choque de la punta no se puede localizar. A la percusión, se nota una macicez absoluta al nivel del abovedamiento. En la fosa supra-clavicular, lo mismo que en la base, existe submacicez. Espacio de Traube libre. En el lado derecho el límite superior del hígado está un poco elevado y la sonoridad pulmonar algo exagerada.

Auscultando, se percibe un soplo inspiratorio y expiratorio en el mismo sitio en que se encuentra la macicez. Hay egofonia poco marcada. La resonancia de la voz se percibe con gran intensidad. En el lado derecho la auscultación es normal. La auscultación del corazón demuestra que su funcionamiento es normal.

En la inspección del tórax, por detrás, no se nota alteración ninguna. A la palpación en el lado izquierdo, las vibraciones torácicas están abolidas hasta muy cerca de la base del pulmón. La percusión da una macicez absoluta, salvo en el vértice y la parte inferior de la base. En el lado derecho todo está normal. Por la auscultación se oye un soplo, en los dos tiempos respiratorios, al nivel de la macicez y que se propaga a toda la extensión del pulmón izquierdo. Egofonia más marcada que en la cara anterior. Pectoriloquia áfona poco marcada. Resonancia de la voz exagerada. En el lado derecho la auscultación es normal. Se practica una punción exploradora por debajo de la punta del omóplato y se extrae un líquido transparente cristal de roca.

Octubre 9|1901. Operación: Anestesia clorofórmica. Resección de la 7ª costilla en la línea axilar anterior. Se punza el quiste, se incinde y se extrae la membrana vesicular; se marsupializa la membrana quística al plano muscular y se deja drenaje de gasas.

Diciembre 30|1901. La temperatura ha persistido, la supuración es abundante.

Febrero 3|1902. Niño en mal estado de nutrición, no tiene temperatura, funciones digestivas normales. En la cara pos-

terior del tórax, sobre la 7ª costilla, presenta una fístula profunda, ancha, con poca supuración; percusión del tórax normal. El espacio de Traube libre. A la uscultación hay silencio respiratorio alrededor de la fístula y en una extensión de 3 ctms.

Marzo 30|1902. Estado general igual que el anterior. Lesiones viscerales análogas, pero la supuración ha aumentado.

Septiembre 10|1902. Estado general bueno. La fístula persiste abierta. Hay bastante supuración.

Septiembre 17|1902. Operación: Incisión de la piel a lo largo de la 7ª costilla. Resección de 4 ctms. de costilla rugosa y regenerada a costa del periosto. Se extirpa un pedazo de piel que rodea al orificio fistuloso. Se sutura la piel, se coloca drenaje de gasa.

Septiembre 20|1902. De alta.

OBSERVACION Nº 5.

Nombre, J. B. — Edad, 12 años. — Sexo, femenino. — Año 1902.

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — El padre ha padecido de neuralgias, la madre es sana.

Antecedentes personales. — Ha sido criada a pecho hasta los dos años. Hace seis años tuvo gastro-enteritis; hace tres que ha tenido sarampión, habiendo tenido también luego tos convulsa. La enfermedad actual comenzó cinco meses atrás con una puntada en el costado derecho, puntada que con intermitencias se mantuvo durante un mes, habiendo pasado luego sin repetirse hasta ahora. El costado suele dolerle, sin

embargo, cuando tose. Desde entonces la niña ha enflaquecido, ha perdido su color y ha quedado inapetente y constipada.

Estado actual. — El examen del aparato respiratorio muestra lo siguiente: una macicez nace en la base, en el lado derecho, llega por atrás a dos traveses de dedo por encima del ángulo inferior del omóplato; en la línea axilar se eleva hasta la altura del mamelón. Por la auscultación, se nota que hay soplo y rales, por detrás, oyéndose sin embargo la respiración aún en la zona mate; por delante los mismos síntomas. El hígado deja palpar su borde a un través de dedo por debajo del reborde costal. Hay fiebre. Una punción exploradora da pus.

Enero 7|1902. Operación: Incisión en la línea axilar posterior al nivel de la 7ª costilla; resección costal de 5 ctms., se incinde el pulmón adherido, lo que origina una ligera hemorragia; incindido 1 ctm. de espesor sale una gran cantidad de pus fétido y sanguinolento; la membrana está macerada y sale en pedazos de aspecto gelatinoso. En el fondo de la cavidad se toca un grueso bronquio abierto, en el que es posible introducir el pequeño dedo, lo que provoca tos. Se limpia con compresas; drenaje con tubo y gasas.

Enero 8|1902. Al hacerse la curación se nota salida de pus verde en las gasas.

Abril 20|1902. De alta curada.

OBSERVACION Nº 6.

Nombre, M. O. — Edad, 8 años. — Sexo, femenino. — Año 1903.

Antecedentes hereditarios. — Padres jóvenes y sanos.

Antecedentes personales. — Siempre fué sana, salvo una

que otra indisposición pasajera que no tuvo nunca mayores proporciones.

Enfermedad actual. — Refieren que la niña, desde hace meses, acusa un pequeño malestar en el tórax, malestar que no podía definir bien; hiciéronla examinar por un médico, quien la trató un tiempo sin precisar el diagnóstico. Después de esto la llevaron a las Flores, donde un médico de la localidad hizo el diagnóstico de quiste hidatídico del pulmón, aconsejando la trajeran a este Hospital.

Estado actual. — Niña bien desarrollada, regular estado de nutrición; al examen se nota que el tórax tiene, entre la línea axilar anterior y la escapular del lado derecho, una curvatura más pronunciada que en el lado opuesto. Los espacios intercostales están aplanados.

Auscultando el pulmón izquierdo se encuentra que la respiración está disminuída lo mismo que las vibraciones vocales; en el pulmón derecho, en cambio, la respiración está reforzada; la percusión revela en el pulmón izquierdo una submacicez que se extiende hacia abajo, próximamente hasta la línea diafragmática. No hay tos, expectoración ni temperatura. Corazón desviado hacia la derecha; demás órganos normales.

Enero 9|1903. Operación: Incisión sobre la 5ª costilla al nivel de la línea axilar posterior; se resecan 4 ctms. de ésta, se incinde el parénquima pulmonar, se punza y sale líquido cristal de roca. Se extrae la membrana madre y se fija el saco quístico, con un punto de sutura, al extremo ántero-inferior de la herida cutánea. Se coloca un tubo de drenaje.

Enero 22|1903. Se han hecho curaciones diarias. La herida drena muy bien; se nota sin embargo que la enfermita está decaída y que tiene cefalalgia; la temperatura marca 38º

Enero 23|1903. — Amanece con náuseas y vómitos, temperatura 39,5º, tiene una fuerte angina que le provoca dolor agudo al deglutir. Presenta en todo el cuerpo, pero con más

intensidad en el pecho y cuello, una coloración roja a grandes placas, en las que se destaca un puntillado de color rojo más obscuro; en vista de presentar todos los caracteres de una fiebre eruptiva, se la traslada al Pabellón de Infecciosas, donde se diagnostica una escarlatina.

Marzo 1|1903. — *Estado actual.* — Reingresa al servicio curada de su escarlatina. Presenta en el lado izquierdo del tórax, a la altura de la 5ª costilla, una fístula donde la piel invaginada a su nivel, parece haber epidermizado todo su trayecto y por donde el aire es rechazado en las expiraciones, lo que demuestra estar en comunicación con un bronquio. Esta fístula bronquio-cutánea mantiene una pequeña supuración. Se le hacen curaciones asépticas.

Junio 20|1903. — Estado actual: El estado de la enferma es bueno, la fístula persiste.

Septiembre 1|1903. — Operación: Incisión al nivel del trayecto fistuloso circunscribiéndolo; se levanta a legra el periosto de la costilla correspondiente y se reseca a ésta conjuntamente con el trayecto fistuloso, donde la regeneración ósea de la costilla primitivamente extirpada, le ha formado un anillo por el espacio del cual penetra la fístula al tejido pleuro-pulmonar. Hecho esto se sutura, formando un muñón con la pleura visceral y cerrando así la fístula brónquica del pulmón; luego se cierra la herida cutánea con puntos continuos. Durante los días sucesivos por la tarde, la temperatura sube a 38,5º, por lo que se resuelve sacar un punto y drenar con gasas la herida. Al sacar el punto sale una pequeña cantidad de líquido sero-purulento.

Octubre 15|1903. — La herida, durante este tiempo, ha dado un poco de supuración, pero en la fecha ha dejado de supurar y se halla completamente cicatrizada. El tórax a este nivel se ha aplanado, quedando la enferma en muy buenas condiciones; no hay temperatura ni tos y todas las funciones se desempeñan bien, por lo que es dada de alta.

OBSERVACION Nº 5.

Nombre, R. B. — Edad, 7 años. — Sexo, masculino. — Año 1903.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Refieren que siempre fué sana hasta hace cuatro años aproximadamente, época en que tuvo una neumonia que le duró quince días. Esta enfermedad no tuvo consecuencias.

Su enfermedad actual empezó dos años atrás, en que por primera vez, se notó la presencia de su tumor en el pulmón derecho, acusándose por dolor. Auscultado por el padre (médico), este encuentra que el pulmón derecho no respira en el punto donde acusa el dolor. La percusión le dió submacisez, por delante, que se prolonga hacia abajo, separándole de la macisez hepática, una zona sonora de cinco centímetros aproximadamente, de ancho. Por la parte posterior y lateral el pulmón funciona bien. Visto el enfermo por otros facultativos se hizo, ya entonces, el diagnóstico de quiste hidatídico.

Hace un mes y medio que se le sacó una radiografía, demostrando esta la presencia de un tumor hidatídico, en el sitio mismo en que el examen clínico revelaba los síntomas ya indicados.

Estado actual. — Niño bien constituido; estado de nutrición regular. A la inspección, el tórax no presenta nada de anormal. Las vibraciones toráxicas muy disminuidas en el lado derecho. El murmullo vesicular es normal a la derecha en la parte posterior y externa, mientras que en la anterior ha desaparecido en casi toda la extensión. La percusión en el lado derecho da una zona de submacisez desde la 3ª costilla

hasta 4 ó 5 ctms., aproximadamente, de la línea diafragmática. En el pulmón izquierdo no se nota nada más que un refuerzo en la respiración. No hay temperatura, ni tos ni expectoración. No hay disnea.

La placa radiográfica presenta una gran sombra, redondeada, extendida desde el vértice hasta la 9ª costilla; esta sombra por su parte inferior es convexa hacia abajo y queda separada de la cúpula diafragmática por una franja clara más ancha en las extremidades que en la parte media.

Enero 27|1903. — Operación: Anestesia clorofórmica. Incisión cutánea sobre la 5ª costilla línea axilar anterior. Se resecan 4 ctms., se incinde el parénquima pulmonar que separa el quiste de la pared costal y con la cual no está adherido; se abre el saco y se extrae el líquido que es completamente límpido. Se extrae la membrana madre y se limpia la cavidad que resta con compresas embebidas en bicloruro. Se invierten los labios del saco hacia adentro y se sutura la membrana quística. eS fija el saco suturado al ángulo ínfero-anterior de la herida por un punto de sutura. Se cierra la herida externa con sutura continua.

Enero 31|1903. — La temperatura, los 4 días que siguieron a la operación, osciló alrededor de 38,4:, a pesar de estar a dieta láctea y de funcionar regularmente su aparato gastro-intestinal.

El examen clínico revela la presencia de líquido en el saco quístico. Se retiran los puntos de sutura, se abre la herida cutánea, se introduce una sonda y se incinde la pared del saco periquístico en cuya cavidad se encuentra gran cantidad de líquido sero-sanguinolento que sembrado en tubos de caldo y de agar-agar dió abundantes colonias de estafilococos piógenos albus.

Después de evacuado todo el líquido se deja drenaje con tubo de vidrio y gasas.

Abril 8|1903. — Dado de alta, curado.

OBSERVACION Nº 8.

Nombre, M. E. — Edad, 9 años. — Sexo, femenino. — Año 1903.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Siempre fué sana hasta hace cuatro meses aproximadamente, en que empezó su enfermedad actual.

Enfermedad actual. — Comenzó por decaimiento, tos y sobre todo por dolor punzante en el hipocondrio; este síntoma predominante, era de carácter fijo, aunque a veces se extendía hasta el vértice. Estuvo ocho días en tratamiento, mejorando bastante, aunque la tos no desapareció completamente. Hace un mes y medio volvió a caer con los síntomas anteriores. Examinada nuevamente por un facultativo, se hizo el diagnóstico de pleuresía serosa; se le practicó, entonces, una punción exploradora, la que no dió sin embargo, ningún resultado, pues apenas si se sacó un poco de sangre. Tuvo luego temperatura elevada durante quince días y tos con abundante expectoración, pero, refiere, que nunca esputó sangre.

Estado actual. — Niña de regular desarrollo; mal estado de nutrición. El tórax a la izquierda se presenta deformado, entre ambas líneas axilares, en su parte superior. La respiración abolida en la región del vértice y parte anterior del tórax, dejándose sentir en la base y parte posterior. Los espacios intercostales algo aplanados. Las vibraciones torácicas no existen en la región apuntada.

La percusión da en esa región una zona de submacisez, mientras que, en la parte posterior, el sonido pulmonar nor-

mal solo está disminuido. El examen radiográfico muestra una sombra superior, redondeada, que se extiende por abajo hasta la 7ª costilla. El corazón está desviado a la derecha.

Febrero 10|1903. — Operación: Incisión cutánea de 8 ctms., siguiendo la línea axilar y sobre la 5ª costilla, se reseca esta en una extensión de 4 ctms. Palpando, una vez extraído el segmento costal, se encuentra resistencia y adherencia pleural. Se punza con un trocart y sale, en chorro, un líquido cristalino. Se introduce una sonda canalada y se corta el parénquima pulmonar, que tiene, ahí, 1 ctm. de espesor. Con una pinza se extrae la membrana germinativa cuyas dimensiones corresponden próximamente a la cabeza de un feto; se limpia el saco periquístico con compresas esterilizadas y se fijan sus bordes a la herida costal por varios puntos aislados. Se deja drenaje con tubo de cristal y gasas.

Febrero 25|1903. — Pasa hoy al Pabellón de Infecciosos, por presentar todos los síntomas de escarlatina. No se conocen ulterioridades, pues fué llevada por la familia, convaleciente aún de su escarlatina.

OBSERVACION Nº 9.

Nombre, J. M. — Edad, 10 años. — Sexo, masculino. — Año 1903.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ha sido criado a pecho durante nueve meses; ha tenido sarampión hace tres años.

El enfermo fué visto en Mar del Plata por un médico quince días antes de ingresar en este Hospital, quien narró la historia siguiente: "Ví al enfermito J. M., encontrándolo

en estas condiciones: presentaba una notable deformación del tórax, gran aumento de volumen del lado derecho con abovedamiento de las costillas por delante y una escoliosis. A la percusión había macisez absoluta y falta de vibraciones hasta la clavícula y hueco supraclavicular en el lado derecho. A la auscultación, ausencia de ruido respiratorio. El corazón fuertemente desviado a la derecha; el hígado muy bajo. Disnea y temperatura de 38º.

Una punción exploradora, dió salida a un líquido claro como el agua que estaba a una fuerte presión, pues empujó él solo al émbolo de la jeringa Lüer. En vista de este hallazgo, pensé extraer en seguida una buena cantidad de líquido, pero tuve que desistir de ello, pues sobrevino un fuerte acceso de tos con vómitos, sudores y pulso pequeño y frecuente.

Al día siguiente encontré que en lugar de la macisez había sonoridad timpánica a la derecha, así como un soplo anfórico y disminución de los signos de compresión (corazón e hígado)".

Según los padres, desde entonces también tiene tos continua, de día y de noche, arrojando gran cantidad de "agua" mezclada con sangre. Como había disnea y el pulso era frecuente, en su tratamiento se le dió digitalina Mialhe, alcohol, ventosas. En el líquido extraído, centrifugado, no se encuentra nada específico. La temperatura continuó alta varios días, en que llegó hasta 39,8º; después comenzó la mejoría; la temperatura bajó a la normal, el estado general se modificó favorablemente. La expectoración se hizo menos abundante, menos purulenta, pero presentando siempre estrías de sangre.

Después de unos cinco o seis días de esta calma, vuelve a encenderse la temperatura, la disnea aumenta otra vez y según el médico que le atendía, se observó a la izquierda, que hasta ahora había estado sin novedad, una invasión de rales que aumentaba día a día, con modificación del ruido respira-

torio atrás y arriba. Tratamiento: otra vez digitalina, alcohol y ventosas.

No se tienen más datos sobre las ulterioridades de este enfermo en el que, según lo que se expresa, debió tratarse de una hidátide del pulmón derecho transformado por una punción en un neumoquiste hidatídico.

OBSERVACION Nº 10.

Nombre, J. M. — Edad, 10 años. — Sexo, masculino. — Año 1904.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho y del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Hijo de padres sanos. Tiene diez hermanos, seis murieron, cinco de ellos de tétanos y uno de gastro-enteritis.

Antecedentes personales. — Hace dos años tuvo tos convulsa durándole tres meses; desde hace varios meses, siente puntadas en el tórax, causándole molestias; desde entonces ha adelgazado. Hace aproximadamente dos meses que las puntadas se hicieron más dolorosas y que tuvo tos, fatiga y fiebre; con estos síntomas estuvo unos veinte días pareciendo mejorarse, pero, cuando el médico lo había ya dado de alta, tuvo tos, fatiga y fiebre; con estos síntomas estuvo unos veinte días pareciendo mejorarse, pero, cuando el médico lo había ya dado de alta, tuvo una vómica (la madre dice que arrojó gran cantidad de esputos), después de lo cual siguió con tos y esputos purulentos mezclados con sangre. Así pasó sin fiebre unos quince días más hasta que lo traen al Hospital.

Estado actual. — Niño en buen estado de nutrición, piel bien coloreada lo mismo que las mucosas; duerme bien y come

con buen apetito. El examen de los pulmones no demuestra en el pulmón izquierdo nada anormal. En el pulmón derecho la percusión denota un vértice con sonoridad algo aumentada; por delante, muestra también, una submacisez que empieza en el segundo espacio intercostal y que se continúa por debajo con la macisez del hígado; por detrás la macisez solo se hace sensible a la altura de la 5ª costilla sobre la línea escapular. En la zona sumbate las vibraciones vocales se muestran casi apagadas; a la auscultación se oye el murmullo vesicular; en el vértice pulmonar en la zona cubierta por la submacisez apenas se percibe la sensación de entrada de aire. No hay broncofonía. El examen de los demás órganos no revela nada de particular.

Mayo 5|1904. — Operación: Anestesia clorofórmica. Se hace una incisión a la altura del 4º espacio intercostal derecho de 8 ctms. y por fuera de la línea mamaria; se resecan 6 ctms. de la costilla, se incinden las pleuras que están adheridas e inmediatamente se evacua una hidátide pulmonar limpia y sin romper. Se reducen los dos extremos de la herida cutánea y se deja abierto el quiste sin drenaje.

Como siguiera el enfermo después de esta operación expulsando esputos gruesos y purulentos y como examinado a los rayos X se notara, en el lado izquierdo, una opacidad que hacía presumir otra hidátide mediana, fué operado también de este lado, un mes después, extrayéndose una membrana hidática que había supurado y cuya cavidad quística comunicaba con un bronquio; para esto se resecó la 4ª costilla, lado izquierdo, a 5 ctms por fuera de la línea mamaria.

Junio 29|1904. — El niño sigue sin fiebre; las heridas, si bien, siguen cerrando, supuran todavía. En la herida izquierda se ha formado una fístula bronco-cutánea, por lo que se decide la nueva intervención.

Julio 23|1904. — Se opera primero el lado derecho y luego el izquierdo. Se practica en el lado derecho una incisión

paralela a la cicatriz existente y correspondiendo a la 3ª costilla; se reseca de esta unos 4 ctms., se abre la herida antigua y se reseca una nueva costilla formada; se sutura y se deja un pequeño drenaje. En el lado izquierdo se hace una incisión perpendicular a la antigua herida, se reseca unos 30 ctms. de la 3ª costilla y se reseca también la costilla neoformada como el trayecto fistuloso que va hasta el pulmón; se sutura y se drena.

Julio 24|1904. — Se ha elevado la temperatura a 38,5ª, tiene disnea y está un poco cianótico.

Julio 25|1904. — Se hace una curación, habiéndose puesto muy cianótico al sacar las gasas y como quedara muy mal se efectúa una dermoclisis de 100 gramos y una inyección de aceite alcanforado.

Julio 27|1904. — Sigue mal: tiene mucha disnea y rales traqueales, tiene mucha dificultad para toser y no logra expectorar. Se le hace inyecciones diarias de un milígramo de estricnina, de aceite alcanforado y cafeína; inhalaciones de oxígeno cada media hora.

Cuatro días después, habiendo pasado el apósito la serosidad, se le cura nuevamente, taponándose bien las heridas; en ese momento se puso un poco cianótico, pero se rehizo luego. Una hora después el niño se pone pálido, comienza a sudar y pierde el conocimiento; se le hace inyecciones de aceite alcanforado, éter y cafeína. Se le sigue administrando oxígeno.

Ese mismo día fallece.

No hay autopsia.

OBSERVACION Nº 11.

Nombre, S. A. — Edad, 10 años. — Sexo, masculino. — Año 1904.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Se ignoran.

Antecedentes personales. — Ha tenido sarampión, influenza y neumonia. Hace seis meses sintió una fuerte puntada en el costado izquierdo del tórax que le impedía respirar con libertad y que le duró dos o tres días. Hace dos meses tuvo nuevamente la puntada en el mismo sitio, así como fiebre y esputos sanguinolentos que se producían casi sin tos; también tuvo esputos purulentos; tantos unos como otros recrudecieron — se dice — a consecuencia de un golpe que recibió en la espalda.

Estado actual. — Entra al Hospital sin fiebre, en mal estado de nutrición, muy anémico y con tos matutina sobre todo, expulsando esputos numulares de pus. Examinados al microscopio estos esputos no dan bacilos de Koch, ni ganchos de equinococus. El examen del tórax demuestra, a la inspección, que él se dilata por igual. Por la palpación se halla que las vibraciones están disminuidas en el lado izquierdo por debajo de la axila y del omóplato; hay también macisez en esta región. A la auscultación la respiración es ruda; no hay soplo ni rales.

Efectuada una radiografía, se nota una sombra difusa que ocupa la región mate y que se presume corresponde a una hidátide pulmonar.

Noviembre 10|1904. — Operación: Anestesia clorofórmica. Se hace una incisión sobre la 5ª costilla y en la línea axilar izquierda; se reseca 4 ctms. de ésta y se incinden las pleuras

que están adheridas; se llega así, incindiendo el pulmón, a una cavidad de la que se extrae pedazos de hidátide y pus espeso; se limpia bien y se deja amplio drenaje. La cavidad es grande y se dirige hacia arriba y hacia a la columna, tiene una dimensión de 12 a 15 ctms de altura.

Marzo 6|1905. — Buen estado general. Persiste una fístula bronquio-cutánea; el estilete entra en una extensión de 6 ctms.

Deja el servicio.

Marzo 20|1905. — Sigue atendiéndose en el consultorio externo, donde termina su curación.

OBSERVACION Nº 12.

Nombre, A. C. — Edad, 7 años. — Sexo, femenino. — Año 1904.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Hace tres años estuvo enferma de pulmonía según diagnóstico del médico que la asistió entonces. Desde hace dos años tiene tos frecuente con esputos espesos, sanguinolentos. Se ha quejado de dolores en el costado derecho.

Estado actual. — Buen desarrollo; mal estado de nutrición. Puesta la enferma en decúbito dorsal que es para ella una posición sumamente incómoda, pues le provoca accesos de tos y fatiga; la posición voluntaria es la semiincorporada en el lecho. Presenta disnea y tiraje; la cara tiene un ligero tinte cianótico y su fisonomía es angustiosa. El examen del tórax revela una asimetría, consistiendo esta en una saliencia muy pronunciada en la región ántero-lateral derecha; las

excursiones respiratorias de este lado son menos amplias que las del izquierdo. No hay vibraciones y la percusión da un sonido mate. Una punción exploradora al nivel del 7º espacio intercostal da líquido cristal de roca.

Octubre 9|1904. — Operación: Anestesia clorofórmica; se practica una incisión de 8 ctms, sobre la 7ª costilla derecha, al nivel de la línea axilar; se extirpa el segmento costal y a través de las pleuras adheridas se efectúa una punción que da líquido cristal de roca. Se incinde a bisturí y se abre una hidátide grande; en el momento en que se incinde y sale la primera cantidad de líquido por la herida, se observa que la enferma comienza a ponerse cianótica, se escuchan unos pequeños accesos de tos y líquido espumoso aparece por la boca; la cianosis aumenta y el estado de la niña se agrava más; el pulso acelerado se hace incontable y su tensión baja rápidamente; la enferma da la impresión de una ahogada. Con la premura del caso se hacen toda clase de inyecciones estimulantes y respiración artificial por espacio de dos horas.

Todo fué inútil y la niña falleció en la mesa de operaciones.

No se pudo practicar autopsia.

OBSERVACION Nº 13.

Nombre, M. V. — Edad, 10 años. — Sexo, femenino. — Año 1904.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Sin importancia.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta el año. Ha padecido gastro-enteritis. Tuvo sarampión y escarla-

tina hace dos y tres años respectivamente. Desde hace un año la niña tiene tos frecuente y varias veces en la expectoración se han visto estrías de sangre. Se queja de un dolor localizado en el hombro izquierdo. Viene de la campaña, donde, se ha hecho ya el diagnóstico de quiste hidatídico del pulmón.

Estado actual. — Niña bien constituída; regular estado de nutrición. Piel y mucosas pálidas. Ganglios en las axilas, ingles y ambos lados del cuello. Boca y faringe normales. Abdomen normal. No se palpa bazo ni hígado. A la simple inspección se nota ya un aumento de volumen en el lado izquierdo del tórax, lo que se acusa, sobre todo, examinando por delante. Por la percusión, se reconoce una gran zona mate que abarca toda la base y parte media del pulmón izquierdo. Por la auscultación, se comprueba silencio respiratorio en toda la extensión de esa zona.

La radiografía muestra tratarse de una hidatidosis del pulmón izquierdo.

Junio 16|1904. — Operación: Anestesia clorofórmica. Resección costal, al nivel de la 7ª costilla, entre las líneas axilares; se reseca un segmento costal de 4 ctms. de longitud. Se punza a través de la pleura y se retira líquido cristal de roca. Se incinde con el bisturí y se abre la hidátide, tomando con pinzas el pulmón que está adherido. En momentos en que sale el líquido y que se introduce una pinza para retirar la membrana germinativa, la enferma se pone cianótica y aparece espuma por la boca, sin que se produzcan mayores accesos de tos. Se retira la membrana que es grande, del tamaño de un huevo de avestruz, y taponando la herida se comienza a efectuar respiración artificial, previos tirones y exteriorización de la lengua. Se efectúa la respiración durante dos horas consecutivas así como una serie de inyecciones estimulantes, pero la enferma no se reanima, falleciendo en la propia mesa de operaciones.

No fué posible efectuar autopsia.

OBSERVACION Nº 14.

Nombre, R. U. — Edad, 8 años. — Sexo, femenino. — Año 1904.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Criada a pecho hasta los diez meses; tuvo gastro-enteritis a los diez meses y sarampión hace tres años. Hace un año fué punzada en la pleura izquierda sacándosele un litro de líquido claro.

Enfermedad actual. — Comenzó hace tres semanas, iniciándose con fiebre nocturna y tos. Ha tenido también vómicas durante los accesos de tos.

Estado actual. — Niña bien desarrollada y en buen estado de nutrición. Tiene temperatura todas las tardes, decaimiento y palidez. A la inspección general y en la posición de decúbito dorsal, la enferma presenta una respiración regular. El tórax, en cuanto a su forma, no presenta nada de particular. El choque de la punta no se ve. Por la palpación se reconoce que el tórax se dilata por igual en ambos lados. Las vibraciones toráxicas son de intensidad normal. El choque de la punta se palpa en el 4º espacio intercostal y hacia la derecha de la línea mamaria. Percutiendo la cara anterior del tórax, se observa que ambos pulmones dan un sonido claro en toda la extensión de su área; en la cara posterior del tórax, pulmón izquierdo, se nota, que si bien, la sonoridad es clara en el vértice, fosa supra-espinosa y espacio interescapular, hasta el nivel de la 6ª vértebra dorsal, desde ese punto se obtiene una macisez que comprende a toda la zona limitada por la línea vertebral, la 6ª costilla, la línea axilar posterior y la línea hepática.

La auscultación revela en la cara posterior del pulmón derecho un murmullo que desaparece a medida que se acerca a la zona de macisez izquierda, en la cual se encuentra silencio respiratorio y en ciertos puntos una respiración anfórica, de poca intensidad, con rales húmedos y gruesos. En los vértices la respiración no está influenciada.

La radiografía obtenida, en sentido póstero-anterior, enseña en el lado izquierdo del tórax una sombra difusa abarcando toda la base y parte media del pulmón izquierdo, dejando únicamente libre la parte superior y vértice. Esta sombra no tiene límites definidos y se confunde, por dentro, con la sombra cardíaca y por debajo con la sombra hepática. La caja torácica en el lado derecho aparece más ancha que en el lado izquierdo.

Diciembre 1|1904. — Operación: Se efectúa una punción capilar en el 6º espacio, al nivel de la línea axilar media izquierda, con resultado negativo. Nueva punción más hacia arriba y atrás, en el 5º espacio, obteniéndose entonces una gota de pus de olor fétido. Se resuelve intervenir; se reseca la 6ª costilla izquierda, se abren las pleuras adheridas, se introduce el dedo y sale por la herida una membrana hidatídica de aspecto algo gelatinoso y cubierta de abundante pus; tras ésta sale una abundante cantidad de pus espeso, amarillo, sanguinolento y de olor muy fétido. Se coloca drenaje de gasas. La temperatura desciende en la tarde del día de la operación a 37,2º. Hay decaimiento general y pérdida de fuerzas.

Pulso regular pero frecuente y muy poco tenso. Se hace una dermoclisis de 100 gramos con benzoato de cafeína.

Mayo 8|1905. — La enferma se encuentra en buen estado de nutrición, ha aumentado su panículo adiposo, mejorando notablemente su estado general. La cavidad quística completamente cerrada con cicatriz operatoria perfecta.

Mayo 25|1905. — Se da de alta, curada.

OBSERVACION Nº 15.

Nombre, R. R. — Edad, 12 años. — Sexo, masculino. — Año 1904.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Cuatro hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Alimentada con el pecho hasta los catorce meses. Tos convulsa hace tres años.

Enfermedad actual. — Empezó hace tres años y medio con vómitos, que sobrevenían cuando andaba a caballo; la sustancia del vómito era un líquido bien claro y a veces con pedazos de membrana blanca; el líquido, dice el enfermo, tenía un gusto amargo. Después del primer vómito, le quedó una tos seca poco frecuente.

Estado actual. — Buen estado general; panículo adiposo regular. Se nota un ligero abovedamiento en la mitad derecha anterior del tórax. Percutiendo el pulmón derecho, por su parte anterior e inferior, se nota una submacisez hasta el 4º espacio intercostal y luego una pequeña zona sonora antes de llegar al hígado, cuyo borde superior está en situación normal. Por la parte posterior, hay también submacisez desde el vértice hasta la parte media del omóplato, donde se vuelve mate hasta confundirse con la macisez del hígado; la submacisez como la macisez no llegan hasta la columna vertebral, pues dos travesos de dedo antes de llegar a esa región hay sonoridad normal. Por la parte lateral hay sonoridad normal en el hueco axilar, más abajo ya es submate y luego mate, de manera que la zona obscura está ubicada en la región de la escápula desde su parte media hasta el borde superior del hígado. La respiración es normal en el hueco axilar. En todo

lo demás la inspiración es corta, ruda y lejana. La expiración es nula con excepción de unos cuantos puntos en que se percibe apenas. En la parte anterior, inmediatamente debajo de la clavícula y a un través de dedo del esternón, se nota un soplo anfórico expiratorio. No se notan rales ni frotes. Del lado izquierdo el pulmón está normal; el enfermo manifiesta que, desde ayer, le duele el costado derecho, donde existe la zona mate.

No hay fiebre; buen apetito.

Se obtiene una radiografía del tórax y se comprueba una zona obscura en el lóbulo superior derecho.

Junio 16|1904. — Operación: Se practican tres punciones, una de las cuales en la línea axilar y en el tercer espacio intercostal derecho, la que no da líquido ni aire; igual cosa sucede con otra punción hecha inmediatamente debajo de la punta del omóplato. Se hace una tercera punción en el tercer espacio intercostal derecho un poco por fuera de la línea mamilar y se extrae líquido claro un poco teñido de sangre. Se incinde entonces sobre la 3ª costilla en una extensión de 6 ctms., entre la línea paraesternal y axilar anterior del lado derecho; se resecan 4 ctms. de costilla, se incinde el pulmón adherido, poniéndose a descubierto la membrana hidatídica, la que con su contenido líquido se estaba enucleando, cuando reventó dando salida al líquido claro cristal de roca; se extrae la membrana y se marsupializa dejando un drenaje. El tamaño de la hidátide era de una naranja grande y estaba ubicada en el lóbulo superior donde la radiografía señaló la obscuridad. Ulterioridades post-operatorias, sin importancia.

1904. — De alta, curada.

OBSERVACION Nº 16.

Nombre, P. T. — Edad, 6 años. — Sexo, masculino. — Año 1904.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta los doce meses; ha tenido sarampión hace seis meses y escarlatina hace nueve. Ninguna de las dos enfermedades produjo complicaciones ni dejó vestigios.

Enfermedad actual. — Comenzó probablemente hace dos años con una vómica en la que arrojó por la boca un líquido sanguinolento abundante; pocos días después tuvo un nuevo acceso y arrojó un trozo de membrana que, por la descripción dada por el padre, debió ser membrana de quiste hidatídico.

Fué por ese motivo que se le trajo al Hospital, donde estuvo en asistencia y de donde salió hace dos meses aparentemente curado. A los quince días de salir de este Servicio tuvo una vómica de sangre roja abundante y desde entonces en cada ataque de tos arroja pus mezclado con sangre.

Estado actual. — Buen estado de nutrición. Esqueleto torácico bien desarrollado; la base parece más abultada en el lado derecho. Abdomen amplio y ensanchado bastante al nivel del epigastrio e hipocondrio derecho. Piel y mucosas bien coloreadas. El hígado aparece un poco bajo; no hay bazo palpable. Tonos del corazón normales. La punta late en el sitio correspondiente a la tetilla izquierda. Vísceras abdominales normales. El tórax del lado derecho, participa menos en los movimientos de excursión respiratoria; percutiendo el lado derecho se nota que es sonoro en el vértice, pero, que a partir de la 6ª costilla, por detrás, empieza una macisez que se con-

tinúa por debajo con el hígado. Esta macisez empieza por detrás en la línea escapular y va hacia adelante según una dirección sensiblemente horizontal.

A la auscultación, en el lado izquierdo, murmullo vesicular ligeramente acentuado; en el lado derecho, vértice, respiración vesicular supletoria y algunos rales mucosos medianos. En la base — en la zona de macisez — hay silencio respiratorio; haciendo respirar profundamente, sin embargo, se oye el murmullo vesicular modificado en su timbre y lejano. Las vibraciones vocales no están mayormente modificadas. La voz cuchicheada se oye muy bien en el lado derecho. No hay broncofonia ni egofonia.

Septiembre 12|1904. — Operación: Resección de 5 ctms. de la 8ª costilla derecha entre las líneas axilares; se llega, previa incisión del pulmón, a una cavidad la cual comunica con un bronquio; se agranda la incisión y no se encuentra membrana hidatídica, pues en ella solo se encuentra un poco de pus.

Septiembre 13|1904. — La temperatura ha subido a 38,2º. Buen pulso; no hay disnea; poca tos.

Septiembre 17|1904. — La fiebre ha continuado haciéndose sentir, sobre todo, de tarde. No hay disnea; poca tos.

Septiembre 25|1904. — La fiebre desaparece; el estado del enfermo es satisfactorio si bien la herida operatoria deja salir pus en regular cantidad.

Noviembre 24|1904. — Se da de alta. Herida curada; no hay fiebre, tos, ni expectoración.

OBSERVACION Nº 17.

Nombre, G. G. — Edad, 9 años. — Sexo, femenino. — Año 1904.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Data de cuatro meses atrás, manifestándose entonces por tos y dolor, poco intenso, en el costado izquierdo. La tos era frecuente con esputos un poco sanguinolentos. No ha expulsado membranas.

Estado actual. — Niña en buen estado de nutrición y bien desarrollada. En el decúbito dorsal, a la inspección, se nota una ligera deformación en la pared torácica lateral izquierda. El choque de la punta del corazón se ve; hay latido epigástrico. A la percusión, cara anterior lado izquierdo, macisez pulmonar que se continúa con la macisez del área cardíaca. El espacio de Traube ocupado. En la región axilar la macisez llega hasta el nivel de la 8ª costilla; por detrás, la línea de macisez pasa por el ángulo escapular y llega al nivel de la 6ª vértebra dorsal. Por detrás y debajo de esta línea, hay una pequeña zona de submacisez que se continúa con una zona de percusión clara en la base pulmonar. Por la auscultación, se nota silencio respiratorio en la cara anterior izquierda del tórax en la zona que corresponde a la macisez. En la región axilar hay murmullo vesicular apagado con expiración soplante en el vértice pulmonar. Rales gruesos en el pulmón izquierdo. Temperatura, 37,3º.

Marzo 28|1904. — Operación: Se resecan 5 ctms. de la 8ª costilla, en la línea axilar posterior izquierda; se punza a bisturí y se incinde con él la pared quística del pulmón fijo a

la pared, dando esto lugar a un derrame de líquido cristalino y a la salida de una membrana. Se sutura la pared quística con la herida muscular operatoria. Las pleuras se encuentran adheridas entre sí. Se deja drenaje y curación aséptica. A la tarde, 37,4º. La temperatura se mantiene alrededor de 37º hasta el 10 de abril, en el que la temperatura asciende bruscamente a 40º y comienza a oscilar en los días subsiguientes entre 38,8º y 39º.

Abril 27|1904. — La enferma tiene tos abundante con esputos espumosos. Deposiciones fétidas y frecuentes con un poco de sangre. Vómitos. Se administra bismuto, láudano, enemas de tanino; cafeína y suero artificial. La temperatura desciende al día siguiente. La herida operatoria tiene poca reacción; el drenaje se efectúa bien dando muy poco pus. Aparece edema de los párpados.

Mayo 2|1904. — La enferma sigue en el mismo estado. Decaimiento general. La temperatura ha descendido sensiblemente hasta alcanzar en el día de la fecha y a la tarde, 36,3º.

La enferma fallece el 3 de mayo de 1904.

La autopsia demuestra: sínfisis pleural completa en el lado izquierdo, pleuras muy espesas. Absceso en la parte inferior de la base del pulmón izquierdo, rodeado de paredes fibrosas quísticas; el absceso es del tamaño de un huevo de avestruz. Neumonia blanca crónica y esclerosis en el vértice pulmonar correspondiente. Nefritis parenquimatosa en ambos riñones, degeneración grasa del hígado. Miocarditis aguda. Ascitis y edema cerebral.

OBSERVACION Nº 18.

Nombre, J. B. — Edad, 5 años. — Sexo, masculino. — Año 1905.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta los doce meses. Sarampión a los tres años.

Enfermedad actual. — Su enfermedad comenzó hace seis meses, con pérdida del apetito, abatimiento y dolores en el costado izquierdo. No ha habido vómica.

Estado actual. — Procedente del campo. Bien constituído. Estado general bueno. Regular panículo adiposo. Asimetría torácica; lado derecho y al nivel de la tetilla ligeramente abultado. La excursión respiratoria disminuída en el lado derecho. Tipo respiratorio costal inferior y abdominal. Respiraciones, 28 a 30 por minuto. La cirtometria del lado derecho y desde la columna hasta la línea media esternal, pasando a la altura de la tetilla, da 28.5; la misma medida en el lado izquierdo, da 26 ctms. Por la percusión se reconoce una gran zona mate, que comenzando por delante al nivel de la 1ª y 2º costillas por una submacisez, se extiende hacia abajo, llegando al sumum a la altura de las costillas 5ª y 6ª, para continuarse hacia abajo con la macisez hepática. Igualmente mate es la zona comprendida entre la 2ª y 3ª costillas hasta la 5ª y 6ª, a la altura de las líneas axilar anterior, media y posterior. Percutiendo el pulmón junto a la columna y en toda su altura, se siente sonoridad. Igualmente sonoro es el vértice pulmonar. Las vibraciones pulmonares están disminuídas y abolidas en la zona mate. Por la auscultación no se sienten soplos, frotes, sibilancias, ni rales, solo se siente respiración

débil, murmullo vesicular atenuado sin estar completamente abolido. No hay disnea ni temperatura. No han habido ni hay vómicas.

La prueba radiográfica, muestra nítidamente en el pulmón derecho una gran sombra que ocupa, en altura y ancho, casi toda la mitad derecha de la caja torácica. El borde superior de la sombra, convexo hacia arriba y trazado como al compás, llega hasta la 2ª costilla, de manera que solo queda por encima de él un pequeño casquete claro correspondiente al lóbulo superior. El borde inferior, igualmente bien trazado y convexo hacia abajo, se aproxima a la cúpula diafragmática, dejando, sin embargo, entre ambos, una zona clara intermediaria un poco más ancha hacia afuera que hacia adentro. Por dentro, la sombra obscura se confunde con la columna y por fuera ella se prosigue hasta el límite externo de la caja torácica.

Por sus peculiaridades esta gran sombra corresponde a la proyección de una gran hidátide, desarrollada en el pulmón derecho y probablemente en el lóbulo mediano.

Marzo 24|1905. — Operación: Anestesia clorofórmica, ligera. Resección de la 8ª costilla en una extensión como de 6 ctms. (habiéndose punzado la pleura en el extremo anterior y entrando un poco de aire se coloca un punto de catgut). Se incinde el pulmón previa punción positiva y comienza a salir un líquido claro aparentemente limpio y en cantidad de 500 gramos. Se extrae la membrana germinativa; se seca la cavidad con gasas y se fija la quística a la pared muscular dejando un drenaje con gasas. (En el interior de la cavidad y en su pared anterior se abre un bronquio).

Marzo 25|1905. — Por la tarde, 39º de temperatura, no hay disnea. Buen estado general.

Septiembre 1|1905. — Curada, de alta.

OBSERVACION Nº 19.

Nombre, A. A. — Edad, 9 años. — Sexo, masculino. — Año 1905.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Aborto anterior al nacimiento del niño. Reumatismo paterno.

Antecedentes personales. — Sarampión hace un año.

Enfermedad actual. — Su enfermedad comenzó hace un año con dolores de costado y tos frecuente. Ha tenido vómitos en estos últimos días.

Estado actual. — Bien constituído; estado de nutrición regular. Escaso panículo adiposo. Buen esqueleto. Tinte rosado de la piel y mucosas. En el pulmón derecho se nota sonoridad normal a la percusión. Por la auscultación, roncus diseminados. Vibraciones y transmisión de la voz normales. El pulmón izquierdo es mate por la percusión en toda la parte posterior y anterior, salvo el espacio de Traube y a lo largo de la columna vertebral, donde hay una zona menos oscura que el resto. Vibraciones abolidas; ligero soplo tubario en el tercio superior. Silencio casi absoluto en los dos tercios inferiores. Ligera egofonia. La punta del corazón late al nivel del apéndice xifoide. Pulso regular, igual, poco tenso. Hígado y bazo normales. Aparato digestivo: lengua saburral en el centro, roja en los bordes. Constipación.

La orina transparente, escasa y ligeramente alcalina.

Examen de sangre: Hemoglobina, 63%. Glóbulos rojos, 6.200.000. Glóbulos blancos, 6.750. Mononucleares, 16%. Linfocitos, 9%. Polinucleares, 78%. Eosinófilos, 5%.

Agosto 28|1905. — Operación: Anestesia clorofórmica. Resección de la 8ª costilla entre las líneas axilares y en una

extensión de 8 ctms.; descubierta la pleura parietal se hace una punción con resultado positivo. Se incinden las pleuras adosadas y se abre el quiste, dando salida a abundante líquido claro cristal de roca; se extrae una voluminosa membrana germinativa, y se reconoce que en la cavidad se abre un bronquio. Se seca la cavidad, muy grande, con gasas secas y se hace una marsupialización, suturando la brecha quística a la incisión de la pared.

Se deja un amplio drenaje de gasas secas.

Agosto 31|1905. — Pasa al Pabellón de Infecciosas, por sarampión.

Septiembre 10|1905. — Falleció en el Pabellón de Infecciosas por bronco-neumonia sarampionosa.

OBSERVACION Nº 20.

Nombre, A. C.— Edad, 8 años.— Sexo, femenino. — Año 1905.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niña criada a pecho materno hasta la edad de un año. Siempre fué sana. Hace dos años tuvo sarampión. Hará aproximadamente seis meses que tiene tos seca y ligero dolor en el lado derecho del tórax.

Estado actual. — Niña bien constituída y en buen estado de nutrición. Piel y mucosas rosadas. Boca y faringe normales. Abdomen normal. No se palpan ganglios, ni bazo, ni hígado. Corazón normal. Pulso regular y tenso.

Por un examen radioscópico se aprecia la presencia de un quiste hidatídico situado en la base del pulmón derecho,

dejando su sombra una franja libre entre su límite inferior y la sombra del diafragma.

Abril 6|1905. — Operación: Anestesia clorofórmica ligera. Incisión sobre la 8ª costilla en la línea axilar media; se extirpa un segmento de 4 ctms. de largo. Se observa que las pleuras están adheridas y a ese nivel se efectúa una punción que da líquido cristal de roca. Se incinde con bisturí y se abre una hidátide del tamaño de un huevo de avestruz, sin vesículas hijas. Se retira la membrana germinativa y previa marsupialización al plano muscular se deja drenaje de gasas.

Abril 10|1905. — Buen estado general. La herida supura escasamente; hay temperatura por las tardes.

Abril 12|1905. — Hay temperatura no obstante el amplio drenaje. El estado general desmejora. Pulso frecuente.

Por espacio de tres meses la temperatura se mantiene por las tardes a pesar de la frecuencia y cuidados en las curaciones. El sondaje de la cavidad la muestra siempre grande y con tendencia a acumular pus. El estado general sufre mucho, la niña ha enflaquecido considerablemente, tiene tos y expectoración. Como no hay tendencia a una reducción de su cavidad y persiste siempre un conducto fistuloso que al estrecharse dificulta el drenaje, se decide efectuar una operación de Estlanger.

Noviembre 1|1905. — Anestesia clorofórmica; se reseca por encima y por debajo de la resección anterior, segmentos de 6 ctms. en la 7ª y 9ª costilla, se agranda el trayecto fistuloso existente y se aplica la pared costal sobre la cavidad dejada por el quiste. Drenaje.

Por espacio de tres meses siguen aún los fenómenos sépticos no obstante la nueva intervención, y la enferma fallece en un estado infeccioso, en Enero de 1906. No se pudo efectuar autopsia.

OBSERVACION Nº 21.

Nombre, P. A.— Edad, 8 años.— Sexo, masculino. — Año 1905.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niño criado a pecho materno hasta la edad de ocho meses. Ha sido siempre sano, hasta hace seis meses, en que tuvo fiebre, tos y expectoración, notándose entonces que en algunos esputos había sangre y trozos de una sustancia que los padres comparan a clara de huevo cocida.

Estado actual. — Niño bien constituído y en regular estado de nutrición. Piel y mucosas un poco pálidas. Hay temperatura, pulso frecuente y expectoración muco-purulenta.

En el examen del vientre no se advierte nada anormal. El hígado y bazo no se palpan. El examen de su aparato respiratorio muestra en la base pulmonar izquierda una zona oscura apreciable, sobre todo, por detrás. Por la auscultación, algunos rales gruesos.

La placa radiográfica enseña en la base del pulmón izquierdo, y fundiéndose en parte con la sombra cardíaca, una sombra, más o menos redondeada, pero irregular y con límites poco netos o definidos.

El límite superior de la sombra alcanza hasta la proyección de la 5ª costilla; el límite inferior deja entre él y la cúpula diafragmática una zona clara interpuesta.

Septiembre 7|1905. — Operación. Anestesia clorofórmica, ligera. Resección de la 8ª costilla en una extensión de 6 ctms., en la línea axilar posterior; se observa que las pleuras están adheridas en ese sitio; se efectúa una punción exploradora y se retira un líquido purulento. Se incinde a bisturí y se extrae

una membrana germinativa supurada y destruída. Se fijan los bordes pulmonares al plano muscular y se deja drenaje de gasas secas.

Septiembre 20|1905. — El enfermo sigue bien. La temperatura ha bajado. Sale de alta, curado, en noviembre de 1905.

OBSERVACION Nº 22.

Nombre, R. T.— Edad, 12 años.— Sexo, femenino. — Año 1905.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niña alimentada a pecho materno hasta la edad de un año. Siempre fué sana hasta hace aproximadamente dos años, en que tuvo fiebre y tos, notándose en la expectoración una pequeña cantidad de sangre. Desde entonces hasta ahora la niña ha adelgazado, ha quedado con tos y se queja algunas veces de dolores en el lado derecho del tórax. Examinada últimamente por un médico, en la campaña, le diagnosticaron un quiste hidatídico del pulmón, siendo enviada a Buenos Aires para ser operada.

Estado actual. — Niña bien constituída, en regular estado de nutrición. Piel morena y mucosas un tanto pálidas. Hay ganglios pequeños en las ingles y en ambos lados del cuello. El examen de la boca y faringe no revela nada anormal, amígdalas un poco grandes. Abdomen normal. A la palpación no se toca bazo ni hígado. Corazón normal. Pulso de regular tensión y un poco frecuente (100 pulsaciones por minuto). El examen del tórax nos muestra un abovedamiento bastante pronunciado en el lado derecho y especialmente por delante y por el costado. La percusión reconoce una gran zona mate

correspondiente a esa deformación, el límite superior de la macisez es convexo hacia arriba; al nivel de la línea axilar media, y cerca del vértice, la percusión reconoce una zona de skodismo. Por la respiración se reconoce silencio respiratorio que se extiende hasta la base. La radioscopía muestra una sombra redonda, tomando base y parte media del pulmón derecho, y con todas las características de la sombra de un quiste hidatídico.

Septiembre 9|1905. — Operación. Anestesia clorofórmica ligera. Posición sentada; resección de un segmento de 6 ctms. de la 8ª costilla al nivel de la línea axilar media. Extirpado el trozo costal, se notan adherencias entre las pleuras y efectuada en ese sitio una punción capilar, se retira líquido cristal de roca; incisión a bisturí, extracción de una gran germinativa con líquido, sin vesículas hijas. Los bordes de la incisión pulmonar, con catgut, se marsupializan a los planos musculares. Drenaje con gasas.

Septiembre 10|1905. — Se cambia la curación, no observándose nada anormal.

Septiembre 12|1905. — Se vuelve a cambiar la curación; ligera supuración. El estado general de la enferma es bueno.

Septiembre 13|1905. — Estando la niña sentada en la cama y sin que nada lo hiciera presumir, sobreviene bruscamente una violenta hemóptisis; en medio de un acceso de tos, la enferma arroja sangre en abundancia por la boca y la nariz; al mismo tiempo se nota que el apósito que cubre la herida operatoria se ha empapado en sangre. En momentos en que se descubre la herida a objeto de efectuar una curación compresiva, la niña fallece víctima de su hemorragia.

En la autopsia parcial efectuada, pudo comprobarse la erosión de un vaso arterial de mediano calibre, situado en la parte interna de la cavidad quística.

OBSERVACION Nº 23.

Nombre, F. G.— Edad, 7 años.— Sexo, femenino. — Año 1905.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Madre sana. Padre alcohólista.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta la edad de ocho meses. Padeció luego de gastro-enteritis. Hace tres años tuvo sarampión; su enfermedad actual comenzó hace un mes con fiebre, dolor al costado derecho, expectoración muco-purulenta y una vómica en medio de la cual arrojó pedazos de membrana hidatídica.

Estado actual. — Niña bien constituída y en regular estado de nutrición; piel y mucosas rosadas. Ganglios pequeños en ambos lados del cuello. Ligera temperatura por las tardes. Boca y faringe normales. Abdomen normal. No se palpa hígado ni bazo. Corazón normal. Pulso de regular tensión. El examen del aparato pulmonar demuestra en la base del pulmón derecho una zona redondeada de macisez, apreciable sobre todo por detrás y en la parte lateral. La auscultación es soplante, percibiéndose también algunos rales. La radiografía enseña en el lóbulo inferior del pulmón derecho una sombra redondeada con todas las características de la sombra hidatídica.

Octubre 16|1905. — Operación. Anestesia clorofórmica ligera. Posición sentada. Resección de un trozo de 5 ctms. de la 8ª costilla y sobre la línea axilar posterior. Punción capilar a través de las pleuras que están adheridas; se retira un líquido purulento. Incisión sobre el parénquima y a una profundidad de 2 ctms., se llega a una cavidad de donde se retira una membrana hidatídica, del tamaño de una naranja,

en parte destruída e invadida por la supuración. Drenaje con gasas secas.

En el mes de febrero de 1906, después de cuatro meses de supuración, la herida cierra, siendo la enferma dada en alta, completamente curada.

OBSERVACION Nº 24.

Nombre, A. S.— Edad, 11 años.— Sexo, masculino. — Año 1906.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Las personas que traen al paciente no suministran datos sobre el pasado del enfermo.

Estado actual. — Niño bien constituído, regular estado de nutrición. Piel y mucosas rosadas. Ganglios pequeños en las axilas, ingles y ambos lados del cuello. Boca y faringe normales. Abdomen normal. No se palpa ni bazo ni hígado. El examen del aparato circulatorio no revela nada anómalo. Examinando los pulmones se nota, en la base del pulmón derecho, una zona mate cuyo límite superior es convexo; por debajo esa zona deja entre ella y la macisez hepática una pequeña zona timpánica. Por la auscultación no se nota nada anormal salvo una pequeña disminución del murmullo vesicular.

La radioscopía muestra en ese sitio una sombra clásica de quiste hidatídico alojado en el lóbulo inferior del pulmón derecho.

Junio 6|1906. — Operación. Anestesia clorofórmica, ligera. Resección costal al nivel de la 8ª costilla en una extensión de 5 ctms. y a la altura de la línea axilar posterior. Arponaje del pulmón cuya pleura visceral no está adherida a la

parietal. Punción, retirándose líquido cristal de roca. Incisión, extracción de una membrana hidatídica del tamaño de una naranja, sin vesículas hijas. Puntos de catgut fijando los bordes de la incisión pulmonar a los bordes de la herida muscular. Drenaje con gasas.

Dada de alta, curada, en septiembre de 1906.

OBSERVACION Nº 25.

Nombre, C. S.— Edad, 13 años.— Sexo, femenino. — Año 1906.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niña sana hasta hace cinco años, en que tuvo sarampión; hace seis meses tuvo fiebre, tos y dolor en el costado izquierdo, arrojando en la expectoración una pequeña cantidad de sangre.

Estado actual. — Bien constituída. Buen estado de nutrición. Piel y mucosas bien coloreadas. No hay fiebre. Boca y faringe normales. El examen del abdomen no revela nada anómalo; el bazo y el hígado no se palpan. Corazón normal. Pulso tenso, regular. En el examen de su aparato respiratorio se nota en el pulmón izquierdo, una zona donde la percusión da submacisez; esa zona se aprecia sobre todo en la parte posterior y lateral; por la auscultación, se nota respiración un poco soplante. El examen radioscópico, demuestra en este sitio una sombra redondeada con todas las características de las sombras de quiste hidatídico.

Noviembre 5|1906. — Operación. Resección de un segmento de la 7ª costilla, de 6 ctms. de longitud. Las pleuras están adheridas en ese sitio y a través de ellas se efectúa

una punción capilar, retirándose líquido cristal de roca. Se incinde el pulmón y se extrae una membrana germinativa limpia, sin vesículas hijas. Los bordes de la incisión pulmonar se marsupializan a los bordes de la incisión muscular. Drenaje con gasas secas.

Dada de alta, curada, en enero de 1907.

OBSERVACION Nº 26.

Nombre, A. G.— Edad, 8 años.— Sexo, femenino. — Año 1906.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Se ignoran.

Antecedentes personales.—Desde hace 6 meses la enferma se encuentra resfriada, con tos y fiebre, presentando además decaimiento y falta de apetito. Hace como un mes que la familia notó la deformación del lado derecho del tórax, sitio en el que la enferma ha acusado dolores. Fué punzada en ese lugar, extrayéndosele un cuarto de litro de líquido claro con ligero enturbiamiento. La enferma ha expectorado, según refiere la familia, cierta cantidad de líquido claro, hace de ello cuatro días. Ha tenido fiebre últimamente y no obstante su buen apetito, se observa en ella un enflaquecimiento marcado.

Estado actual. — Niña bien desarrollada, pero desnutrida y en mal estado general; piel pálida, mucosas anémicas; decaimiento general. Disnea acentuada, sin tiraje. Presenta el tórax derecho abultado en la parte inferior y media y sobre la línea axilar media. Los signos físicos pleuro-pulmonares son diferentes según la posición de la enferma. En decúbito dorsal la percusión, por adelante y por debajo, es timpánica con timbre metálico de gran cavidad. La auscultación deja perci-

bir claramente un soplo cavitario franco. En la posición vertical los signos cambian; la percusión se hace mate y la auscultación da silencio. Por detrás los mismos fenómenos se producen; la macisez cambia con la posición de la enferma y denota la existencia de una gran cavidad con contenido movible.

La radiografía muestra una zona clara difusa en todo el tórax derecho, desde el hígado hasta el vértice.

Febrero 1|1905. — Operación. Anestesia clorofórmica. Incisión de 8 ctms. sobre la 8ª costilla; se reseca una porción de 5 ctms., y se abren a bisturí las pleuras adheridas íntimamente. Durante este tiempo se deja despertar a la niña y se le coloca en la posición sentada; extracción de una gran membrana entera, plegada, con un poco de líquido turbio en su interior; paredes gruesas, embebidas y como gelatinosas. Se drena ampliamente con gasas taponando un poco la cavidad. La cianosis ha sido intensa durante la abertura de la cavidad, produciéndose también una pequeña hemóptisis.

Febrero 7|1906. — Después de operada la temperatura no se ha modificado y se mantiene normal, como antes de la intervención; el estado general nunca fué malo y paulatinamente va mejorando.

Febrero 20|1906. — La niña mucho más repuesta, tiene ánimo de jugar y mucho apetito. La herida supura poco y tiende a cerrar de adentro hacia afuera.

Marzo 10. De alta, curada.

OBSERVACION Nº 27.

Nombre, Z. P.— Edad, 8 años.— Sexo, femenino. — Año 1905.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Se ignoran.

Antecedentes personales. — Entró en el Servicio el año próximo pasado, donde se le hizo diagnóstico de un quiste hidatídico del pulmón. El lado derecho del tórax estaba enormemente distendido, haciendo difícil la respiración. Fué operada en el Servicio, previo un examen radiográfico. La intervención efectuada fué la siguiente: incisión de la 6ª costilla al nivel de la línea axilar media, salida de una cantidad enorme de pus verdoso, a alta tensión, y finalmente expulsión de la membrana germinativa de un enorme quiste. Se colocó drenaje de gasas.

Junio de 1906. — La niña sigue perfectamente, estando casi curada.

Julio 2|1906. — Tiene 38º; se queja de dolores en la cicatriz; la parte que faltaba para cicatrizar se ha abierto, y da salida a pus. Se vuelve a operar, pues hay acumulación de pus.

Julio 3|1906. — Operación. Se resecan 2 costillas y parte de la cicatriz que se había invaginado; hecho esto, se aplica la pared costal sobre el pulmón, reduciendo la cavidad. Drenaje con gasas.

Julio 28|1906. — Curada.

OBSERVACION Nº 28.

Nombre, J. J. F.— Edad, 10 años.— Sexo, masculino. — Año 1906.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta el año. Ha tenido gastro-enteritis.

Enfermedad actual. — Su enfermedad se inició hace dos meses aproximadamente, con tos y fiebre. No encontrándose mayores signos físicos ni funcionales, se le observó con la pantalla, encontrándose una sombra, limitada y redondeada, en el pulmón izquierdo.

Estado actual. — Estado general bueno. Regular estado de nutrición. Hay un poco de tos. No hay fiebre. Auscultando no se siente nada anormal. El aire entra fácilmente; no hay soplo ni rales. Por la percusión no es posible limitar zona mate, pues el quiste probablemente es central.

La radiografía lo localiza en la parte superior del pulmón izquierdo.

Análisis de sangre. — Hemoglobina, 66%. Glóbulos rojos, 3.060.000. Glóbulos blancos, 8.000. Equilibrio leucocitario: Polinucleares, 67%. Mononucleares, 8%. Linfocitos, 25%. Eosinófilos, 0%. Escaso retículo.

Mayo 23|1906. — Operación. Incisión costal posterior a la altura de la punta del omóplato; se resecca la costilla correspondiente en una extensión como de 6 ctms.; no hay necesidad de fijar las pleuras. Se incinde el pulmón en una profundidad como de 2 ctms., y se llega al quiste cuyo contenido claro se evacúa y cuya membrana sana se extrae. Marsupia-

lización de la bolsa a la pared muscular y drenaje con gasas.

Mayo 24|1906. — Hay temperatura 39º

Mayo 26|1906. — Persiste la temperatura, 39º por la tarde.

Mayo 27|1906. — Operación; se reseca la costilla inmediata inferior en una extensión de 4 ctms., constituyéndose una contraabertura para el mejor drenaje.

Mayo 28|1906. — Hay disnea pronunciada, ligera temperatura y dolor; se atribuye a un neumotórax producido en la última intervención.

Junio 2|1906. — La disnea disminuye. Temperatura de 38º por la tarde.

Junio 10|1906. — No hay disnea.

Junio 19|1906. — No hay disnea, no hay temperatura; continúa supurando.

Junio 30|1906. — La supuración de la herida aumenta y tiene temperatura que llega a pasar 39º. Examinado se comprueba que la cavidad drena indirectamente y que el pus sale con dificultad.

Julio 14|1906. — Ha continuado en mal estado local y general. Anemia y tinte ictérico. Hay temperatura.

Julio 14|1906. — Operación. Incisión vertical, de manera de hacer un colgajo de base posterior que permita resecar 2 costillas atacadas por osteomielitis y llegar a la cavidad de la pleura; esta contiene en su cavidad un gran fragmento de membrana germinativa que se ha roto y bañado en pus; se drena ampliamente.

Agosto 1|1906. — Mejor estado general.

Agosto 15|1906. — El niño comienza a engrosar. Se alimenta con apetito; la herida supura menos.

Octubre 7|1906. — Herida cicatrizada. Estado general bueno.

Dado de alta, curado.

OBSERVACION Nº 29.

Nombre, E. D'A.— Edad, 8 años.— Sexo, masculino. — Año 1906.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta cumplido un año. Ha tenido sarampión. Hace aproximadamente ocho meses que comenzó su enfermedad, con tos y enflaquecimiento.

Estado actual. — Bien constituída. Regular estado de nutrición. Por la percusión en el lado derecho del tórax, y en sus dos tercios inferiores, se reconoce una macisez pronunciada tanto por delante como por detrás. Auscultando, hay silencio respiratorio casi completo en ese sitio. No hay abovedamiento toráxico. Con estos síntomas y con objeto de aclarar el diagnóstico, no obstante que una radiografía obtenida ya denunciaba una hidátide, se resolvió en la sala de clínica de donde proviene el enfermo, efectuar una punción exploradora, la que dió un líquido claro cristal de roca. Breves momentos después de efectuada la punción, sobrevino una violenta vómica en la que el niño arrojó unos 500 gramos de líquido con todas las apariencias de líquido hidatídico y sin que saliera ningún trozo de membrana germinativa. Todo esto se produjo en medio de una situación angustiosa en que la tos, la disnea y la cianosis dominaban la escena. Es después de esa vómica que se procede a sacar otras radiografías. El examen radiográfico comprende dos clases de imágenes; la obtenida antes de la punción que determinó la vómica y las obtenidas posteriormente a esa evacuación.

La radiografía A, sacada cuando la hidátide estaba

intacta, enseña netamente una gran sombra circular oscura desarrollada en el área pulmonar derecha. En tamaño ella alcanza a ocupar unas dos terceras partes de esa área, extendiéndose en altura desde la 3ª a la 10ª costilla, y en ancho desde la sombra de la columna hasta el límite externo de la caja toráxica. Su borde superior, particularmente neto, parece trazado como al compás; convexo hacia arriba, resalta ante la claridad del vértice pulmonar. Su borde inferior, quizá un poco menos marcado, está separado de la cúpula diafragmática por una zona transversal que se extiende desde la línea media hasta el seno costo-diafragmático; este borde inferior es convexo hacia abajo.

Por las particularidades de la sombra, así como por su situación, ella debe ser determinada por una gran hidátide desenvuelta en el lóbulo medio del pulmón derecho.

La radiografía B, corresponde a la imagen obtenida dos días después de haberse producido la vómica, motivada por la punción. Ella ha sido sacada colocando al enfermo en decúbito.

En esta placa, y comparando con la anterior, se observa que la gran zona oscura ha sido sustituída por una zona clara, de tamaño más o menos igual, y rodeada en todo su contorno por un marco más o menos pronunciado y oscuro; este marco por arriba llega hasta el vértice, por adentro se confunde con el mediastino, por debajo se detiene antes de alcanzar la sombra hepática, y por fuera se pierde en la sombra proyectada por la curva de las costillas.

La radiografía C, corresponde también a la imagen obtenida dos días después de la vómica, pero esta ha sido obtenida estando el sujeto en posición vertical.

Esta placa, comparada con las anteriores, muestra diferencias fáciles de interpretar; en ella es posible reconocer dos zonas, una clara superior y otra oscura inferior, las que en su conjunto corresponden a la gran zona oscura de la radiografía A. La zona clara superior, que se extiende desde el

vértice hasta la altura dada por la proyección de la 9ª costilla, corresponde a una cámara aérea; la zona oscura inferior a una colección líquida móvil, lo que se puede comprobar radioscópicamente inclinando hacia uno y otro lado al enfermo.

Del estudio de las tres placas radiográficas surge, dado los antecedentes clínicos, la conclusión de que se trata de un hidro-neumo-quiste del pulmón derecho.

Septiembre 5|1906. — Análisis de sangre. Glóbulos rojos, 3.800.000. Glóbulos blancos, 11.500. Hemoglobina, 45%. Retículo regular. Fórmula leucocitaria. Polinucleares, 63%. Mononucleares, 11%. Linfocitos, 25%. Eosinófilos, 1%.

Septiembre 5|1906. — Operación. Resección de 5 ctms., de la 7ª costilla, entre las líneas axilares del lado derecho. Se hace una punción positiva, se incinde el parénquima pulmonar adherido a la pared y se extrae una germinativa, a medias llena de líquido hidatídico. Se deja drenaje, con gasas.

Durante los diez primeros días consecutivos a la intervención, tiene temperatura, más pronunciada por las tardes, su estado general es bueno.

Octubre 30|1906. — De alta, curado.

OBSERVACION Nº 30.

Nombre, S. G.— Edad, 10 años.— Sexo, masculino. — Año 1906.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo y del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales.—Hace aproximadamente un año que comenzó su enfermedad con dolores en el costado derecho, expectoración sanguinolenta y tos. Proveniente del Tandil,

fué punzado en el Hospital de esa localidad, retirándose líquido claro.

Estado actual. — Bien constituído. Buen estado de nutrición. No hay fiebre. Tiene tos frecuente con expectoración sanguinolenta. No hay disnea. Abovedamiento pronunciado de la mitad derecha del tórax. Percutiendo se reconoce una zona oscura, aunque no dando macisez completa, situada cerca de la punta del omóplato derecho, zona que se extiende hacia adelante entre las dos líneas axilares. Por la auscultación no se siente nada anormal, no hay soplo ni rales. Vibraciones normales. La radioscopía demuestra la existencia de una zona oscura, difusa, de bordes regulares y del tamaño de un huevo, situada al nivel del ángulo superior del omóplato derecho. Los análisis microscópicos de los esputos no dan bacilos de Koch, fibras elásticas, ni ganchos.

Septiembre 19|1906. — Análisis de sangre. Hemoglobina, 67%. Retículo escaso. Equilibrio leucocitario: Polinucleares, 56%. Mononucleares, 22%. Linfocitos, 18%. Eosinófilos, 4%.

Septiembre 20|1906. — Se ejecutan diversas punciones exploradoras en la zona oscura, en decúbito dorsal y en posición sentado, sin retirarse líquido alguno.

Octubre 1|1906. — Mismo estado general. Los esputos extriados de sangre persisten.

Noviembre 1|1906. — No se ha modificado su estado.

Noviembre 15|1906. — Los esputos extriados con sangre persisten. Se efectúa entonces una prueba radiográfica. Es en este examen radiográfico, y contrariamente a lo que se suponía por el examen clínico, que se demuestra que es en el pulmón izquierdo donde se puede localizar perfectamente una hidátide. En efecto, si bien la sintomatología física y aún una radiografía anterior señalaban una lesión difusa ubicada en la parte superior del pulmón derecho, pequeña sombra irregular que aún se conserva y que probablemente constituye los últimos vestigios de alguna hidátide abierta y vaciada, la placa radiográ-

fica obtenida ahora enseña netamente en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo una sombra redondeada, de bordes nítidos, y en que una mitad de ella se confunde o superpone con la sombra proyectada por el ventrículo, lo que se acusa, radiográficamente, por el refuerzo de tono que la propia sombra cardíaca experimenta en ese sitio. En su conjunto la sombra hidatídica tiene una forma más bien ovalar y se extiende en el espacio comprendido entre las sombras proyectadas por la 7ª y 10ª costillas.

Lo probable, en el presente caso, es que se trata de dos hidátides; una intacta situada en la base del pulmón izquierdo, y otra, vaciada ya, que tuvo por sitio el lóbulo superior del pulmón derecho. Examinando el niño, otra vez, clínicamente no da signos muy concretos. En el pulmón derecho, cerca del ángulo inferior del omóplato, hay sólo ligera submacisez; lo mismo en el lóbulo izquierdo inferior; en este último sitio el ruido respiratorio está un poco apagado.

Noviembre 18|1906. — Operación. Resección costal en la línea axilar posterior izquierda. Efectuada la pleurotomía se apercibe un tumor hidatídico del tamaño de un huevo de gallina, casi completamente enucleado del parénquima pulmonar al cual le une, sin embargo, una base poco ancha. Se incinde, se extrae la germinativa y se fija la cavidad a la pared.

Noviembre 30|1906. — Se opera de una pleuresia purulenta enquistada desenvuelta junto al sitio donde se intervino la hidátide. Sale pus abundante.

Enero 1907. — Curado, y dado de alta.

OBSERVACION Nº 31.

Nombre, A. M.— Edad, 13 años.— Sexo masculino. — Año 1907.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Madre sana. Alcoholismo en el padre.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta los once meses. Ha tenido gastro-enteritis. Sarampión a los cuatro años. Tos convulsa a los tres años. Fiebre tifoidea hace un año y medio. Ha tenido repetidas bronquitis.

Enfermedad actual. — Data de quince meses atrás; consecutiva a la fiebre tifoidea, se inició con tos continua y de frecuentes accesos, esputos sanguinolentos y fiebre, a veces, por las tardes. Hace ocho días tuvo una abundante hemóptisis que no se ha repetido después.

Estado actual. — Buen desarrollo general y en buen estado de nutrición; piel blanca, mucosas rosadas. Tórax simétrico. Expansión toráxica normal. Respiración costo-abdominal (28 respiraciones por minuto). Choque de la punta en el 5º espacio intercostal, dentro de la línea mamaria, visible y palpable. El examen del pulmón izquierdo, por detrás, sonoridad normal a la persecusión en el vértice y macisez en la base. Vibraciones vocales ligeramente disminuídas y respiración vesicular alejada en la base. Rales sibilantes. Resonancia vocal normal. Examinándolo, por delante, se comprueba respiración vesicular y vibraciones normales. Sonoridad elevada por distensión estomacal. Espacio de Traube libre. No puede limitarse macisez cardíaca relativa. La percusión es algo dolorosa. El examen del pulmón derecho, por detrás, da sonoridad normal, salvo una ligera macisez por debajo del ángulo inferior

de la escápula. Vibraciones vocales normales. Respiración vesicular. Resonancia vocal normal. Examinándolo, por delante, nada anormal. La macisez hepática en el 4º espacio intercostal. Hígado no se palpa su borde inferior. Corazón; tonos normales. Pulso 90 por minuto, regular, igual, y de mediana tensión. Abdomen nada de anormal. Bazo no se palpa.

El enfermo tose con frecuencia y desgarra esputos mucopurulentos; buen apetito, defecación y micción normales. Hipertermia: no hay. Examen radiográfico: demuestra una sombra situada en el hemitórax izquierdo, extendida en altura desde la 3ª a la 7ª costilla; sus límites son poco precisos y se confunden por dentro con la sombra cardíaca y por debajo con la cúpula diafragmática. En ninguna parte de su contorno se apercibe el límite neto y convexo, como trazado al compás, que caracteriza a las hidátides. Ambos vértices aparecen un poco oscuros, así como también cierta zona de la base derecha.

Análisis de sangre: Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 3.600.000. Glóbulos blancos, 9.500. Relación globular 1x379. Retículo fibrinoso regular. Polinucleares, 75%. Mononucleares, 5%. Linfocitos, 19%. Eosinófilos, 1%.

Julio 1|1907. — Operación. Anestesia clorofórmica ligera. Incisión y pleurotomía izquierda al nivel de la 5ª costilla, línea axilar media. Sutura de la pleura visceral a los bordes de la herida, aislando en lo posible la cavidad pleural. Punción positiva extrayéndose pus. Incisión del tejido pulmonar, encontrándose una capa de esclerosis pulmonar rodeando una cavidad que contiene una membrana de quiste hidatídico con pus; extracción y drenaje.

Julio 13|1907. — El enfermo presenta tos frecuente y esputos sanguinolentos con pus y serosidad. No hay fiebre, buen apetito. Dieta láctea.

Julio 15|1907. — Erupción de escarlatina; lengua saburral a bordes rojos y descamados. Angina pultácea y fuerte

rubefacción. Inyección de suero antidftérico, siendo el enfermo enviado al Pabellón de infecciosas.

Julio 20|1907. — El enfermo presenta temperatura elevada, tos frecuente y esputos muco-purulentos estriados de sangre. Decaimiento y anorexia. La herida supura mucho. Curaciones diarias.

Julio 24-1907. — El enfermo se agrava, presenta disnea intensa, fiebre remitente; la piel presenta una coloración pálida e ictérica; depresión general, pulso frecuente y poco tenso.

Julio 25|1907. — El enfermo fallece.

Julio 26|1907. — Autopsia. Exantema generalizado. Pleuresía fibrino-purulenta del lado izquierdo. Pulmón izquierdo con una cavidad quística. Miocarditis aguda. Entero-colitis. Congestión y degeneración hepática. Periesplenitis y nefritis aguda.

OBSERVACION Nº 32.

Nombre, F. G.— Edad, 11 años.— Sexo masculino. — Año 1909.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión hace un año y medio. Tos convulsa hace cinco años.

Enfermedad actual. — Dan pocos datos; refieren que hace quince días, más o menos, estuvo resfriado y que después le quedó mucha tos. Actualmente tiene esputos sanguinolentos. El niño viene del campo. No saben si ha tenido fiebre. El enfermo ha permanecido un tiempo en una sala de clínica médica y ahí se le hicieron varios exámenes de esputos, con el fin de buscar bacilos de Koch; los exámenes dieron resul-

tado negativo; tampoco se encontraron ganchos en los productos expectorados.

Fué también en ese Servicio donde se le efectuaron dos exámenes de sangre, con un mes de intervalo, y que dieron los siguientes resultados: el primer examen demostró un ligero aumento de leucocitos. Glóbulos blancos, 11.000, y entre estos 9% de eosinófilos. El segundo, demuestra una ligera disminución de glóbulos rojos, 3.800.000, y 11.000 glóbulos blancos; en este otro examen la eosinofilia es notable, pues alcanza a 17%.

Al ingresar al Servicio de Cirugía el enfermo refiere, que la noche que tomó el tren para venir a Buenos Aires, fué atacado de una intensa hemóptisis acompañada de la expulsión de fragmentos membranosos de color blanco nacarado; la hemóptisis persistió durante todo el viaje aunque con poca intensidad; desde entonces dura la sangre, aunque en poca cantidad, en sus esputos, tomando estos el tipo muco-purulento con estrías sanguinolentas.

Estado actual. — Niño en excelente estado de nutrición; buen panículo adiposo, piel trigueña, mucosas bien coloreadas. Esqueleto bien desarrollado; no hay estigmas de raquitismo. Tórax bien conformado; respiración costo-abdominal. No hay disnea. A la inspección no se nota abovedamiento alguno; ambos pulmones respiran bien, no señalándose predominio respiratorio de un lado sobre otro. Vibraciones ligeramente exageradas en el pulmón derecho. Por la percusión se encuentra una zona oscura, poco pronunciada, en el lóbulo medio y base del pulmón derecho; esa macisez parece variar de intensidad de un día para otro. Por la auscultación se oye una respiración vesicular normal en el pulmón izquierdo; exagerada y casi soplante en el vértice derecho; no se oyen ruidos sobreagregados, fuera de algunos rales bronquiales sin valor. El corazón en situación normal. Tonos bien golpeados. pulso regular, igual y de buena tensión (88 pulsaciones).

La radioscopía del tórax enseña en la base del pulmón derecho, con nitidez perfecta, una zona oscura esférica con bordes netos.

Noviembre 18|1909. — Operación. Se punza la base derecha del tórax, en diversos sitios, con resultados negativos; a pesar de esto, dada la forma concluyente con que se expresa la radioscopía, se decide intervenir. Previa incisión de la piel y partes blandas, se reseca la 8ª costilla en una extensión de 6 ctms.; se incinde la pleura parietal espesada y adherida a la hoja visceral, lo que impide que se produzca el neumotórax. Se palpa la superficie pulmonar, encontrándose a una profundidad de 3 a 4 ctms. un tumor relativamente resistente, que resalta sobre la blandura del parénquima pulmonar. Se incinde el pulmón poniéndose en descubierto el tumor constituído por las membranas del quiste, apelotonadas, formando una masa casi compacta y contenidas en una cavidad con una comunicación bronquial. Se extraen las membranas, no hay vesículas hijas.

Se murpializa el quiste. Drenaje con gasas secas. La noche de la operación la pasa tranquilo, a pesar de la fiebre y de la disnea que lo aqueja, pues se le ha dado una inyección de morfina.

Por espacio de dos meses, la cavidad supura; paulatinamente va reduciéndose sin que durante este proceso sobrevenga complicación alguna.

Es dado de alta, curado completamente, a los tres meses.

OBSERVACION Nº 33.

Nombre, I. S. — Edad, 9 años. — Sexo femenino. — Año 1910.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No se conocen bien; solo se sabe que la enfermedad comenzó hace dos meses con tos y dolores en el vientre. La niña proviene del campo.

Estado actual. — Niña en buen estado de nutrición; esqueleto bien desarrollado. En el pulmón izquierdo se nota una zona ligeramente mate y situada por debajo del omóplato. La respiración es normal. Se le practica un examen radioscópico y este demuestra en el pulmón izquierdo una sombra redondeada, del tamaño de una mandarina, que corresponde a la zona mate de la percusión.

Examen de sangre: Hemoglobina, 90%. Glóbulos rojos, 4.620.000. Glóbulos blancos, 17.000. Relación globular 1 blanco por 263 rojos. Retículo escaso. Equilibrio leucocitario: Polinucleares, 73%. Mononucleares, 15%. Linfocitos, 10%. Eosinófilos, 2%.

Septiembre 25|1910. — Operación. Incisión de 8 ctms. en la línea axilar posterior sobre la 6ª costilla; se reseca, y se punza con una jeringa Lüer, sacándose líquido cristalino característico del tumor hidatídico; se abre este, se saca la membrana, se marsupializa y se drena. No hay vesículas hijas.

El "post-operatorium" se efectúa sin complicaciones; mes y medio después la enferma es dada de alta curada.

OBSERVACION Nº 34.

Nombre, A. M.— Edad, 5 años.— Sexo masculino. — Año 1921.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Diez hijos vivos y sanos.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Hace dos meses tuvo una vómica, arrojando una vesícula de quiste hidatídico y pus. Después de este accidente quedó bien. Desde hace pocos días comienza a tener fiebre, disnea y tos quintosa. En el examen físico se encuentra macisez debajo del ángulo inferior del omóplato derecho, y abultamiento en la región del hígado.

Estado actual. — Buen estado general y de nutrición. Buen desarrollo. Piel y mucosas sanas. Excursión respiratoria normal. Submacisez en la base del pulmón derecho. Hígado se palpa un poco grande.

Por la radioscopía se comprueba una pequeña sombra, redondeada, en la región del hilio del pulmón derecho, sitio donde debió anidar la hidátide expulsada.

Abril 30|1921. — De alta en muy buenas condiciones, habiendo desaparecido la tos y la expectoración.

OBSERVACION Nº 35.

Nombre, A. D.— Edad, 2 años.— Sexo femenino. — Año 1910.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Se ignoran; la enferma proviene del campo.

Enfermedad actual. — La enferma ingresa al Servicio operada ya y habiéndose diagnosticado su hidatidosis pulmonar por una radiografía.

Diciembre 13|1910. — Operación. Se hizo una resección de la 4ª costilla izquierda; se llegó al quiste que se cree adherido a la pared. Se punza y se incinde; al incindir se retrae el pulmón y se produce un neumotórax; se sutura el pulmón a la pared, se extrae la germinativa y se deja drenaje. A los dos días de la operación sale gran cantidad de pus por la herida.

Diciembre 19|1910. — Sigue siempre supurando; temperatura alta, fatiga, pulso débil. Estado semi-comatoso, pupilas dilatadas y desiguales.

Diciembre 20|1910. — Menos temperatura. Sigue supurando, persiste el pulso débil y el estado semi-comatoso. El vientre con meteorismo acentuado. Malas deposiciones. La dieta corrige este mal estado intestinal. Salió curada, un mes después de su ingreso.

OBSERVACION Nº 36.

Nombre, M. L. F.— Edad, 5 años.— Sexo femenino. — Año 1911.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Padre fallecido. Madre veintiocho años, sana. Tiene un hermano sano. No hay ningún antecedente mórbido.

Antecedentes personales. — Ha sido criada a pecho durante un año. Ha tenido solamente tos convulsa hace dos años. Hace nueve meses que está enferma con caimiento y tos, que de poco intensa al principio, se hizo luego más frecuente. Ha tenido hemóptisis, expulsando membranas hidatídicas. Entra al Servicio operada.

Junio 3|1911. — Operación. Resección de la 7ª costilla, en la línea axilar media, del lado derecho. Una vez hecha la resección costal, se punza y esto da salida a un líquido cristalino. Se incinde directamente la bolsa quística con el bisturí, levantando al mismo tiempo la enferma para impedir que el líquido refluya en los bronquios por si hubiera una comunicación. Una vez el líquido evacuado, se extraen las membranas hidatídicas. No hay vesículas hijas. Drenaje con tubo de goma y gasa. Varios puntos de sutura adhiriendo ambas pleuras.

Julio 30|1911. — Curada.

OBSERVACION Nº 37.

Nombre, M. A.— Edad, 13 años.— Sexo femenino. — Año 1912.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Tiene ocho hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Criada a pecha hasta la edad de un año. Ha tenido gastro-enteritis. Hace un año comenzó su enfermedad con falta de apetito, temperatura escasa y decaimiento general. Ultimamente ha tenido vómitos continuos y abundantes. Ha tenido tos escasa y seca.

Estado actual. — Buen estado de nutrición, buen esqueleto; piel algo hipertricósica. Hay una cicatriz en la región esternal. Equímosis subconjuntivales en ambos ojos; nariz y oidos normales. Dientes bien implantados, lengua saburral. El examen del tórax demostró respiración tipo costal superior; excursión escasa, ligero abovedamiento en la base de la cara posterior del lado derecho del tórax. Las vibraciones toráxicas están aumentadas en la mitad superior del pulmón derecho; en cambio, en la parte inferior y posterior están casi abolidas. En el pulmón izquierdo son más o menos normales. Por la percusión el lado izquierdo da sonido claro. En el lado derecho, por detrás, sonoridad aumentada en la parte superior hasta la altura de la 4ª vértebra dorsal, donde se inicia una zona de macisez absoluta que se extiende hasta la base y cuyo límite superior tiene la forma de una línea convexa hacia arriba. En la cara lateral, la macisez comienza a la altura de una línea horizontal pasando por el mamelón; por arriba de esta zona, así como en toda la cara anterior, existe sonoridad exagerada. Por la auscultación el pulmón izquierdo da respi-

ración con murmullo vesicular normal. El pulmón derecho da aumento de entrada de aire en la parte superior en una zona que corresponde, justamente, a la que la percusión revela como de sonoridad aumentada. En la base existe silencio respiratorio en la zona en que la percusión ha revelado macisez. No se notan ruidos agregados. El corazón muestra la punta en el 5º espacio, un poco por dentro de la línea mamilar; los tonos están normales. El pulso es regular, de buena tensión y de frecuencia normal. El abdomen es normal. Ni el bazo ni el hígado se palpan.

El examen radiográfico enseña en la base derecha una sombra redondeada, descansando sobre la cúpula diafragmática y sin que, entre ambas, se interponga franja clara alguna. El borde superior de la sombra es neto, convexo hacia arriba, y se extiende hasta la 6ª costilla; su borde interno se confunde con la sombra cardíaca, su borde externo se extiende hasta el límite externo de la caja toráxica. El seno-costo-diafragmático aparece un poco claro. No hay mayor deformación o enanchamiento del hipocondrio.

Examen de sangre: Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 3.920.000. Glóbulos blancos, 6.500. Relación globular 1 × 603. Valor globular, 0.89. Retículo escaso. Equilibrio leucocitario: Polinucleares, 67%. Mononucleares, 3%. Formas de transición, 1%. Linfocitos, 29%. Eosinófilos, 0%.

Examen de orina: Urea, 30.744. Acido fosfórico, 2.90. Cloruros, 1.50. Elementos fijos, 53.59. Color amarillo ámbar. Aspecto turbio. Sedimento abundante. Espuma blanca. Densidad, 1.023. Reacción ácida. Albúmina, glucosa, etc.: no hay. Observación microscópica: escasas células epiteliales. Abundantes granulaciones de uratos. Reacción de Ima-Lorentz. Positiva.

Agosto 21|1912. — Operación. Resección de 6 ctms. en la 7ª costilla derecha, entre la línea axilar media y la axilar posterior. Previa punción positiva, con líquido cristal de roca,

se incinde el parénquima y se abre una hidátide del tamaño de una naranja grande, sin vesículas hijas. Su situación en el órgano es periférica, habiendo determinado la adherencia de las hojas pleurales. Se fija la membrana quística, con catgut, a los planos musculares y se deja drenaje con gasas secas.

Curada dos meses y medio después de la operación.

OBSERVACION Nº 38.

Nombre, B. C.— Edad, 6 años.— Sexo femenino. — Año 1911.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tomó pecho hasta los once meses.

Enfermedad actual. — Hace once meses comenzó la enfermedad, con fiebre, que duró cuatro o cinco días, y acompañada de tos seca y rara; esto persistió hasta la fecha. Desde su iniciación hasta hace dos meses la tos se hizo más intensa, y cuando corría sobrevenían fuertes accesos en los que a veces, dicen, se caía al suelo; fué entonces vista por un médico, quien diagnosticó un derrame pleural; en esta ocasión tuvo también fiebre, que duró un mes y esputos sanguinolentos que se repitieron varias veces al día y que duraron quince días. En estos últimos días la fiebre ha desaparecido.

Estado actual. — Por la inspección se ve un abultamiento marcado del lado izquierdo del tórax; se nota el latido de la punta cardíaca en el hueco epigástrico. La percusión da una macisez en todo el pulmón izquierdo, con excepción del vértice;

el espacio de Traube está sonoro; excursión respiratoria muy disminuida. Por la auscultación, se nota una ausencia de murmullo vesicular en todo el pulmón menos en el vértice donde está, sin embargo, debilitado; a la altura de la espina del omóplato se oye un soplo lejano expiratorio. La radioscopía muestra una sombra, ocupando la base y parte media del pulmón izquierdo.

Septiembre 16|1911. — Operación. Resección de un segmento de 6 ctms. en la 5ª costilla y en la línea axilar anterior del lado izquierdo; se hace una punción y se extrae líquido hidatídico cristal de roca; se reconoce la hidátide fija a la pared; se incinde la membrana quística y se extrae una membrana germinativa, sin vesículas hijas, del tamaño de un puño de adulto; los bordes del quiste se suturan a la pared muscular, marsupializando, y se deja un drenaje con gasas secas.

Dos meses después, y sin complicaciones, la enferma fué dada de alta, curada.

OBSERVACION Nº 39.

Nombre, J. J.— Edad, 8 años.— Sexo masculino. — Año 1912.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho. ¿Quiste hidatídico del hígado?

Antecedentes hereditarios. — Padre cuarenta y un años. Madre cuarenta años. Ambos sanos. Cuatro hermanos, todos vivos y sanos.

Antecedentes personales. — Criado a pecho durante dos años. Ha tenido, hace siete años sarampión; después ha sido siempre sano, hasta hace un año que comenzó su enfermedad. Refieren los padres, que esta se inició con un ataque de pulmonía con bastante temperatura y mucha tos y que esta afec-

ción no cedió a los pocos días, pues sus síntomas principales — tos y temperatura — continuaron durante tres meses, trayendo en el niño un marcado estado de decadencia orgánica. Desde aquí hacen comenzar una segunda etapa en su afección; la temperatura desaparece y el estado general se mejora, pero la tos persiste con los siguientes caracteres: cortos accesos de tos, fuerte y seca, que se repiten hasta cinco y seis veces por día, que tienen tal intensidad que obligan al niño a hacerse sostener durante ellos, que reconocen a menudo por causa la fatiga y que de vez en cuando se acompañan de escasa expectoración con estrías de sangre. A veces hay un ligero dolor, en el pecho o en el epigastrio. Fuera de estos síntomas todo se conduce como en un sujeto sano; sin embargo, su estado de nutrición, si bien ha recobrado mucho, no ha llegado a ser tan bueno como antes de su afección. Continúa luego en estas condiciones hasta veinte días en que comienza la tercera etapa de su enfermedad. La tos se hace de pronto muy intensa y continua, aunque siempre seca, tiene gran caimiento y malestar febril; durante cinco días este estado persiste. Al cabo de ellos tiene una vómica en medio de un gran acceso de tos y de sofocación. La vómica está constituída por pus encerrando algunos grumos que, dicen, son semejantes a pedazos de leche cortada. Hay un ligero ascenso término, pero los demás síntomas persisten iguales, sólo que la tos es desde ahora húmeda con expectoración purulenta. La vómica se repite dos veces más con tres o cuatro días de intervalo. Un médico que entonces le examina comprueba también un quiste hidatídico del hígado y presumiendo una equinococosis pulmonar le envía para ser tratado, al Hospital de Niños.

Estado actual. — Niño de poco desarrollo y en estado de nutrición pobre. La piel tiene muy escaso panículo; es pálida y seca en general. Hay hipertricosis sobre todo en el dorso. El decúbito es indiferente. En la cavidad bucal solo es de notar la lengua que es saburral y seca. En el cuello nada hay

de particular. En el tórax llama la atención la proeminencia de la cara anterior en la región contigua al esternón y sobre todo hacia abajo; es un tórax en carena. Hay un ligero abovedamiento en la región dorsal derecha, donde los movimientos respiratorios son superficiales y la excursión respiratoria es mínima. Tiene 28 respiraciones por minuto. Tipo respiratorio abdominal inferior. Examinando los pulmones se encuentra que el izquierdo tiene caracteres normales a la percusión, palpación y auscultación; el derecho, por el contrario, llama sobre todo la atención por la variabilidad de sus caracteres. En ciertos momentos se encuentra y por la percusión, que por detrás y en el vértice, hay una submacisez, mientras que, hacia abajo, hay un sonido que se interpreta como de mayor altura y cierto timpanismo que hace parecer más claro este pulmón que el del lado opuesto. Este carácter persiste también en la cara lateral. Por delante, llama la atención que en la región de la pequeña y gran macisez hepática se conserva aún ese carácter en toda la zona en que se extiende la pleura; muy abajo hay una macisez absoluta (ya casi en el abdomen). Las vibraciones están ligeramente aumentadas de este lado. A la auscultación, el carácter que domina es la escasa entrada de aire en todo este lado del pulmón. A ratos en él se oyen algunos rales finos y un soplo expiratorio suave. Auscultando por la cara anterior, y en ciertos momentos, se oye un soplo anfórico. Se debe hacer constar que en un primer examen que se verifica el día de su entrada, a raíz de un acceso de tos fuerte en que expulsó bastante cantidad de expectoración purulenta, se sentía ya en la cara anterior y hacia la zona media un soplo francamente anfórico. La tos que tiene es de bastante frecuencia y expulsa una expectoración purulenta abundante.

El corazón tiene sus tonos y área normal. La punta late en el 5º espacio un poco por dentro de la línea mamilar. El pulso, en número de 68 latidos por minuto, es de escasa tensión y presenta algunas intermitencias. En el examen del abdo-

men se comprueba la existencia de un tumor que por su localización y caracteres se une al hígado, ocupa más o menos la región que corresponde a la vesícula biliar y hace su aparición sobre todo a través del músculo gran-recto. Se desplaza con los movimientos respiratorios; es indoloro, de superficie regular, y en cuanto a su consistencia, parece más bien sólida. El hígado no se halla agrandado en su lóbulo izquierdo y aún en el derecho conserva su tamaño normal, no obstante la presencia de la presunta hidátide que le ocupa. Demás órganos abdominales bien. Existe una ectopía testicular doble; se palpan los testículos en el canal.

El examen radiográfico, es distinto según que se examinó la placa obtenida estando el sujeto en la posición de pie o en decúbito dorsal. La radiografía en posición vertical muestra en el pulmón derecho, desde su parte media hasta su vértice, una imagen constituída por dos zonas superpuestas, una inferior oscura de forma semilunar y una superior clara y de tamaño mayor.

La radiografía obtenida en decúbito dorsal demuestra una imagen oscura, más o menos uniforme, extendida desde la 8ª costilla hasta el vértice. Del cotejo de las dos imágenes radiográficas, se deduce que se trata de una cavidad cuyos bordes se aprecian netamente y en cuya cavidad existe una colección líquida que ocupa más o menos el tercio de su contenido; éste contenido líquido es el que en la radiografía vertical da la sombra semilunar inferior y en la radiografía horizontal da la sombra, menos intensa, que ocupa toda la cavidad. En la radiografía vertical, en la sombra inferior, hay un sitio declive donde la sombra es aun más intensa. En la radiografía en decúbito dorsal, la imagen oscura parece reforzada en ciertos sitios. Tanto en una como en otra radiografía, el límite inferior de la imagen cavitaria se encuentra separado de la cúpula diafragmática por una franja transversal perfectamente clara.

Otro examen físico efectuado varios días después da el resultado siguiente: La percusión da un timbre más o menos timpánico en la zona media del pulmón que es, sobre todo, evidente en la cara anterior y lateral. Este timbre timpánico es reemplazado por macisez cuando se hace inclinar al sujeto del lado que se examina. A la auscultación, se oye en ciertas inspiraciones un soplo francamente anfórico, mientras que, en otras inspiraciones no se escucha así. Igualmente la tos adquiere en ciertos momentos este carácter. Temperatura no hay. La tos da siempre una expectoración francamente purulenta. No se han repetido las vómicas.

Examen de sangre: Hemoglobina, 60%. Glóbulos rojos, 3.520.000. Glóbulos blancos, 7.000. Relación globular, 1x502. Valor globular, 85. Retículo regular. Equilibrio leucocitario: Polinucleares, 74%. Mononucleares, 7%. Formas de transición, 1%. Linfocitos, 18%. Eosinófilos, 0%.

Examen de orina: Urea, 25.620. Acido úrico. Acido fosfórico total 4,50. Observaciones microscópicas; escasas células y algunos hematíes.

Cuti reacción: negativa.

Agosto 26|1912. — Operación. Anestesia clorofórmica ligera; posición casi sentado, recostado sobre el lado sano. Se hace previamente una punción en el 7º espacio intercostal; se llega a una cavidad, lo que se comprueba porque el émbolo desliza con entera libertad, no se extrae contenido alguno. Se reseca la 7ª costilla en una extensión de 6 ctms., y al nivel de la línea axilar posterior. Se incinde la pleura parietal y el pulmón se retrae al fondo de la cavidad pleural; se le trae con pinzas; se hace la neumotomía. Pasada una estrecha zona de parénquima, se llega a la cavidad que empuja con fuerza a cada inspiración su contenido: se le deja salir poco a poco y sale pus con una membrana de quiste hidatídico, que se halla degenerada en algunas partes, pero que en una gran zona conserva su integridad y sus caracteres. Extraído todo el conteni-

do (membranas y pus), se suturan los bordes de la herida pulmonar a los de la pared muscular toráxica; una vez fijado el pulmón, se deja drenaje con tubo y gasas dentro de la cavidad. Dado de alta tres meses después de la intervención.

OBSERVACION Nº 40.

Nombre, R. C.— Edad, 13 años.— Sexo femenino. — Año 1912.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Hace tres semanas que tuvo una abundante hemóptisis que se repitió por dos veces durante el mismo día. Hacía ya, aproximadamente, un mes que sentía frecuentes dolores en el vértice del pulmón derecho.

Estado actual. — Niña en buen estado general; buen desarrollo óseo y muscular. No existen signos generales que puedan hacer sospechar alguna lesión tuberculosa en el pulmón. En el examen de su aparato respiratorio, se observa una ligera submacisez situada en el vértice del pulmón derecho. La respiración es normal en ambos pulmones y no se observa disminución de la entrada del aire en ninguno de ellos. En el vértice del pulmón derecho hay pectoriloquia áfona bien marcada, alcanzando su máximo de intensidad en la proximidad en columna vertebral. La percusión y auscultación, por delante del tórax, no ofrece nada de particular. Corazón en condiciones normales. Tonos cardíacos bien; pulso regular. Los órganos abdominales normales.

La radiografía es demostrativa y por ella se ve una sombra circular, de un diámetro de 8 ctms. en el vértice del pulmón derecho, entre la 2ª y 7ª costilla.

Examen de sangre: Hemoglobina, 95%. Glóbulos rojos,

4.360.000. Glóbulos blancos, 8.000. Relación globular, 1x545. Retículo escaso. Equilibrio leucocitario: Polinucleares, 49% Mononucleares, 4%. Linfocitos, 46%. Eosinófilos, 1%.

Examen de orina: Cantidad, 150 gramos. Color ámbar. Aspecto límpido. Sedimento nulo. Espuma blanca. Reacción ácida. Densidad, 1.014. Urea, 21.097. Acido fosfórico, 1,60. Cloruros, 7,80. Elementos fijos, 32, 62. Albúmina no hay.

Observaciones microscópicas. Células y leucocitos.

Diciembre 10|1912. — Operación. Resección de la 4ª costilla al nivel de la línea axilar media y en una extensión de 6 ctms.; se produce a pesar del arponaje del pulmón, un lijero neumotórax en momentos en que se efectúa una punción en el órgano. La punción del pulmón, al nivel de la resección da líquido cristal de roca. La incisión del pulmón da abundante hemorragia, que se domina en parte con taponamientos de la superficie cruenta. Introduciendo más el bisturí se incinde la pared del quiste que se halla a una profundidad de 4 ctms.; se derrama una regular cantidad de líquido hidatídico claro. Por la herida pulmonar sigue produciéndose todavía una hemorragia. Extracción de la membrana germinativa. Marsupialización y drenaje.

Diciembre 12|1912. — Temperatura 38º por la mañana, 39,6º por la tarde. 160 pulsaciones, regular, poca tensión. Hay disnea intensa (58 respiraciones por minuto).

Se prescribe una inyección de suero artificial, de 200 gramos.

Diciembre 23|1912. — La temperatura ha subido a 40º; disnea sumamente intensa, labios cianóticos. Los puntos de la marsupialización se han desprendido. Se ha hecho una pleuresía. Se decide, para drenar la cavidad pleural, practicar una segunda intervención.

Diciembre 29|1912. — Operación. Resección de la 8ª costilla al nivel de la línea axilar posterior. Drenaje de la cavidad pleural que da abundante pus.

Diciembre 31|1912. — El estado general mejora y la temperatura ha bajado sensiblemente.

Por espacio de tres meses aún se continúan las curaciones. Se da de alta curada.

OBSERVACION Nº 41.

Nombre, R. P.— Edad, 6 años.— Sexo femenino. — Año 1914.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Padre treinta y tres años, madre veintinueve; ambos sanos. Cuatro hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Criado á pecho durante un año. No ha tenido accidentes gastro-intestinales ni enfermedades infecciosas.

Enfermedad actual. — Empezó hace unos meses con fiebre, tos, dolor en el costado derecho del tórax y fatiga. El facultativo que la vió sospechó por estos síntomas un quiste hidatídico del pulmón.

Estado actual. — El tórax es asimétrico; el lado derecho es más grande que el izquierdo y esto determina una concavidad derecha de la columna vertebral; hay en la región pectoral derecha un abovedamiento mucho más pronunciado que en la región homóloga izquierda. La amplitud respiratoria es muy reducida del lado derecho y está asi suprimida en su base; en cambio está aumentada en el lado izquierdo. La palpación profunda da una resistencia elástica en el lado derecho. En el lado derecho se obtiene un sonido mate hídrico desde la base hasta el 2º espacio intercostal, tanto por adelante como por detrás. Las vibraciones muy reducidas en todo el lado derecho. El lado izquierdo sonoro, muy sonoro en el vértice. La

respiración vesicular es ruda en el lado izquierdo y muy disminuída en el lado derecho.

La radiografía obtenida, enseña una enorme sombra abarcando casi todo el lado derecho de la cavidad toráxica; esta sombra se extiende en altura, desde la sombra diafragmática hasta la 3.ª costilla, y en ancho desde la línea media hasta el límite externo de la cavidad toráxica; si bien, en conjunto, la sombra no tiene límites bien definidos y netos, es de observar que hacia arriba, donde comienza la única claridad pulmonar que ha quedado intacta — la correspondiente al vértice — la sombra presenta un límite convexo, bien marcado. No se observa, en cambio, por debajo, franja de separación entre la sombra y la cúpula. No se advierte libre el seno costo-diafragmático.

Noviembre 26|1914. — Operación. — Resección de la 7.ª costilla, al nivel de la línea axilar posterior, en el lado derecho. Punción del quiste que da líquido cristalino; pleurotomía, vaciamiento del quiste con fijación de la víscera a la parietal. La extracción de la germinativa no ofrece dificultades; es una membrana sana cuyo contenido, líquido, azulado y transparente, se calcula en 2 litros. Al final de la operación sobrevienen accidentes asfícticos, como si una parte de líquido hubiese entrado en el árbol bronquial. No obstante estar despierta la enferma, conservando sus reflejos, se produce cianosis y tos al mismo tiempo que expulsa líquido hidatídico por la boca. El accidente pasa al cabo de dos minutos. Se deja drenaje con gasas secas.

Noviembre 29|1914. — Herida en buenas condiciones. — Hay buen drenaje; se elimina un pequeño resto de membrana germinativa. Por espacio de dos meses supura abundantemente. Hay temperatura por las tardes.

Enero 23|1914. — Es llevada a la sala de operaciones para su curación y revisación. Habiéndose producido una hemorragia en circunstancias que se cura, se tapona fuertemente.

Enero 24|1914. — Al sacar el taponaje se produce otra vez una hemorragia que es muy abundante, taponándose nuevamente; como sobreviene luego una hemóptisis, y el pulso se pone tenso y rápido se hacen 120 gramos de suero fisiológico con adrenalina.

Los días subsiguientes, la hemorragia no se reproduce. La temperatura persiste por las tardes. Persiste también una fístula. El estado general ha desmejorado mucho. En estas condiciones una nueva dermo-reacción resulta positiva. Es retirada del Hospital sin que se conozcan las ulterioridades.

OBSERVACION Nº 42.

Nombre, B. B.— Edad, 8 años.— Sexo masculino. — Año 1914.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Madre treinta y nueve años. Padre treinta y ocho años. Seis hermanos todos sanos. No hay antecedentes de importancia.

Antecedentes personales. — Ha sido criado a pecho durante nueve meses. Ha tenido sarampión hace cuatro años, tos convulsa hace dos años; estas enfermedades no han tenido consecuencias. Manifiesta la madre que el niño no ha estado en el campo, sino en muy pocas ocasiones, pero refiere tener en su domicilio perros.

Enfermedad actual. — Hace como un mes que el niño empezó a padecer de dolores en forma de puntada, en el costado izquierdo, y se fatigaba en la marcha, teniendo tos seca y quintosa. Ha tenido temperatura poco intensa; en estas condiciones fué atendido por un médico quien le diagnosticó una pleuresía purulenta.

Estado actual. — Niño en regular estado de nutrición general; esqueleto poco desarrollado; delgado, poco panículo adiposo; la temperatura es de 37°, 5. Coloración de la piel y mucosas normal. Apetito bien conservado. Presenta una saliencia del lado izquierdo del tórax con disminución de la amplitud respiratoria; hay también disminución de las vibraciones torácicas en este lado. La percusión da macicez en la base. Auscultando, se comprueba ausencia de murmullo vesicular así como algunos rales húmedos crepitantes. Puncionado en la base se extrae pus amarillento espeso, sin grumos ni olor.

El mismo día del ingreso del enfermo es intervenido, sospechándose también una pleuresía purulenta.

Septiembre 10|1914. — Operación. Incisión de unos 8 ctms., sobre la cara externa de la 9.ª costilla, y se reseca una porción de unos 5 ctms. de ella. Hecho esto se abren las pleuras que estan adheridas, y sale una abundante cantidad de pus de aspecto cremoso, amarillento, sin grumos ni olor; al mismo tiempo se extrae una membrana de naturaleza hidatídica. Se coloca un drenaje de gasas. Al día siguiente tiene 36º y en buen estado general.

Septiembre 30|1914. — Continúa en buen estado general. No hay temperatura.

Octubre 10|1914. — Sin novedad alguna, continúa supurando. Temperatura casi normal.

Octubre 12|1914. — Completamente sano, es dado de alta.

OBSERVACION Nº 43.

Nombre, R. J. B.— Edad, 6 años.— Sexo masculino. — Año 1914.

Diagnóstico. — Quistes hidatídicos de ambos pulmones.

Antecedentes hereditarios. — El padre falleció tuberculoso. La madre vive y ha tenido cinco hijos, uno de los cuales ha muerto.

Antecedentes personales. — Ha sido criado a pecho hasta los ocho meses. Ha tenido sarampión a la edad de dos años.

Estado actual. — El niño entra al Servicio en un estado grave. Estaba cianótico, tenía disnea intensa, pulso frecuente y muy hipotenso, y fiebre. La enfermedad databa de dos meses atrás en que se inició con tos frecuente y fiebre. A su ingreso al Hospital se le hizo una punción extrayéndose líquido cristal de roca. La radioscopia muestra dos quistes, uno en cada pulmón.

Febrero 13|1914. — Operación: Anestesia local con codrenina. Se hace una costotomía de la 9.ª costilla izquierda. Arponaje del pulmón y fijación a la pared. Se incinde pleura e inmediatamente pulmón; se llega al quiste y se evacúa retirando la membrana. Se le deja amplio drenaje con gasas.

En los días subsiguientes la cavidad supura abundantemente. A los quince días, se hace un lavaje con permanganato de potasio que hay que suspenderlo, pues el líquido sale en gran cantidad por la boca.

Mayo 2|1914. — La cavidad se cierra completamente. El estado general del niño es excelente; tiene buen apetito y ha aumentado de peso. En vista de esto se resuelve intervenir su segundo quiste.

La placa radiográfica obtenida, después que el niño curó

de su primera intervención, muestra en la base del lado izquierdo una ligera sombra que se confunde con la sombra cardíaca y la de la cúpula; a ese nivel se nota que la 9.ª costilla, que fué resecada, se ha regenerado en forma de aro.

En la base derecha, es donde ahora, se nota muy claramente una sombra hidatídica. De forma redondeada perfecta esta sombra se extiende en altura desde la cúpula diafragmática, a la cual parece tocar tangencialmente, hasta la altura dada por la 5.ª costilla; en ancho se prolonga desde la columna hasta el límite externo de la caja torácica.

Por su polo inferior el límite de la sombra parece trazado al compás y solo en su medio se continúa con la obscuridad proyectada por el hígado; en ambos lados, la sombra deja dos segmentos interpuestos de claridad pulmonar. Por su polo superior, y a partir de la sombra de la 5.ª costilla hasta el vértice, se observa claridad pulmonar.

Mayo 7|1914. — Operación. Anestesia clorofórmica ligera. Costotomia de la 8.ª costilla derecha. Se continúa la intervención en la misma forma de la anterior y se termina estableciendo un amplio drenaje con gasas.

Dos meses después de alta, curado.

OBSERVACION Nº 44.

Nombre, P. M.— Edad, 11 años.— Sexo masculino. — Año 1914.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia. Hay un aborto anterior al nacimiento del niño.

Antecedentes personales. — Criado a pecho hasta los once meses. Ha tenido sarampión y tos convulsa. Comenzó su

enfermedad, aproximadamente, un mes y medio atrás con una fiebre alta (40 º), escasos vómitos y tos frecuente.

Estado actual. — Niño bien constituído. Coloración ligeramente pálida de las mucosas. Buen estado de nutrición. Cabeza, cara y cuello normales. Ligero estado saburral de sus vías digestivas. A la percusión se nota un ligero aumento de sonoridad en el pulmón izquierdo. En el derecho, por el contrario, hay una macicez muy marcada de toda la base y en una extensión de seis traveses de dedo. A la auscultación se notan ligeros rales en el pulmón izquierdo y en el vértice del derecho, en la base del derecho hay disminución del murmullo vesicular y algunos frotes pleurales. Hay ligera tos y expectoración.

El examen del abdomen muestra, por la percusión, que el hígado presenta un ligero aumento de tamaño. A la palpación del abdomen hay dolor acentuado en el punto de Mac Burney y en el trayecto del intestino grueso, con cuerda cólica a la izquierda y a la derecha. De parte de los órganos genitales, se nota un hidrocele vaginal derecho doloroso a la palpación. Extremidades normales. Sistema nervioso normal.

Por el examen de los esputos, no se observan ganchos.

En el examen de orina, no hay nada anormal.

Reacción de Wassermann. Negativa.

La prueba radiográfica muestra una sombra ocupando en la caja torácica toda la base del lado derecho. La sombra no presenta límites bien definidos confundiéndose por debajo, sin franja de separación, con la sombra proyectada por el hígado; por arriba es ligeramente convexa y asciende hasta la 6.ª costilla, después de la cual aparece la claridad pulmonar.

Septiembre 22|1914. — Operación. Anestesia clorofórmica ligera. Resección de la 8.ª costilla en una extensión de 6 ctms., al nivel de la línea axilar media. Se da con una hidátide de la base adherida a la pared. Se punza previamente y luego se abre extrayéndose una membrana germinativa del ta-

maño de una naranja, con líquido purulento. Se marsupializa y se deja drenaje de gasas.

En los días subsiguientes la herida supura abundantemente. No hay otras novedades.

A los dos meses de intervenido el enfermo se da de alta perfectamente curado.

OBSERVACION Nº 45.

Nombre, S. T.— Edad, 12 años.— Sexo masculino. — Año 1914.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho. (¿Equinococosis secundaria local pleuro-pulmonar?)

Antecedentes hereditarios. — El padre tiene cincuenta y ocho años. La madre cincuenta y cuatro; ambos viven y son sanos; tiene diez hermanos sanos y uno fallecido.

Antecedentes personales. — Niño criado a pecho hasta el año. Ha tenido tos convulsa a los diez años y sarampión a los once. Hace tres años sufrió un golpe por caída del caballo.

Enfermedad actual. — Hace cinco meses que comenzó la enfermedad con temperatura que oscilaba de 37º a 38º, y con una puntada al costado derecho la cual en algunas ocasiones se hizo intensa. Fué atendido por un médico y continuó en este estado hasta que hace dos meses se reagravaron sus síntomas; su temperatura se elevó hasta 39º, se notó una saliencia en el costado derecho y tuvo vómitos y tos. En tres ocasiones al expertorar arrojó membranas hidatídicas. Fué punzado, extrayéndose líquido cristal de roca.

Estado actual. — Niño bien constituído, buen desarrollo óseo y muscular; regular estado de nutrición, poco panículo adiposo, piel flácida, pálida. Presenta a la inspección, en la

región pectoral derecha y al nivel de la línea axilar anterior, un abultamiento regional más o menos localizado y que deforma la pared torácica En ese sitio, y palpando la deformación, se nota que ella responde a un tumor colocado por dentro de la pared el tórax y que trata de exteriorizarse empujando las costillas e insinuándose por los espacios intercostales. A la percusión da un sonido mate y por la palpación muestra una renitencia manifiesta. Auscultando a ese nivel hay silencio respiratorio.

La placa radiográfica muestra una sombra de forma irregular, ubicada en la parte inferior de la mitad derecha del tórax. Por debajo esta sombra se continúa, sin franja de separación, con la sombra proyectada por el hígado, por arriba se extiende hasta la 7.ª costilla.

Noviembre 10|1914. — Operación. Incisión sobre la 5.ª costilla al nivel de la línea axilar media, resección del segmento costal. Colocado en la parte superficial del pulmón y adherido a la pleura parietal, se encuentra un pequeño quiste hisdatídico del tamaño de un huevo de gallina a contenido limpio. Como el pulmón se presentara tenso, no obstante la extracción de esta hidátide, se hacen punciones, las que descubren otras dos hidátides intra-parenquimatosas, limpias, que se extirpan igualmente por la misma incisión; las cavidades dejadas por estos dos quistes últimos comunican entre sí. Se deja drenaje de gasas.

Se hacen curaciones diarias cambiando el drenaje; su temperatura oscila entre 37° y 38°.

Noviembre 15|1914. — Arroja en un acceso de tos una membrana germinativa del tamaño de un huevo de gallina.

Noviembre 16|1914. — Arroja una segunda hidátide más o menos del mismo tamaño.

Noviembre 19|1914. — Al ser cambiada la curación, se le hace toser y arroja por la herida una bolsa hidatídica a contenido algo purulento.

Noviembre 21|1914. — Arroja un quiste hidatídico por la boca.

Noviembre 22|1914. — Una hidátide es arrojada por la herida.

Noviembre 24|1914. — Dos hidátides son arrojadas por la herida, al expectorar; la temperatura se eleva a 40°. Se le administra un purgante; se mantiene dos días a 38°; presenta en el pulmón derecho, por detrás, una zona mate; se hace una punción y se extrae líquido claro; es preparado para ser operado al día siguiente.

Noviembre 28|1914. — Operación. Incisión sobre la 7.ª costilla y al nivel de la línea axilar posterior; se encuentran cinco hidátides pleuro-pulmonares que son extirpadas; se le hace suero fisiológico.

Diciembre 10|1914. — Sigue bien; al ser curado aparecen dos hidátides por la herida anterior.

Diciembre 13. — Una hidátide sale por la herida.

Diciembre 15|1914. — Una hidátide se exterioriza por la herida.

Diciembre 31|1914. — Otras hidátides salen por la herida y una al expectorar. Casi todas las hidátides eliminadas tienen el tamaño de huevos de gallina.

Enero 20|1915. — El niño está mejor; la herida posterior cicatrizada y la anterior supura un poco.

Febrero 20|1915. — Se saca nueva radiografía, y comparando con la anterior, se ve que la zona ocupada por el quiste ha desaparecido, apareciendo en la placa un espacio claro. Está sano.

Febrero 29|1915. — Es dado de alta, en buen estado general.

OBSERVACION Nº 46.

Nombre, G. M.— Edad, 10 años.— Sexo femenino. — Año 1916.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Padres fallecidos. Siete hijos vivos, cuatro muertos. No hubieron abortos.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta el año. Tuvo sarampión y gastro-enteritis.

Enfermedad actual. — Hace tres meses que empezó su enfermedad con una puntada en el costado derecho; pasado el dolor, la niña siguió con inapetencia adelgazándose. Ha tenido un poco de fiebre y algunos vómitos. Tiene tos constante desde hace 2 meses. Los facultativos que la vieron diagnosticaron un quiste hidatídico del pulmón.

Estado actual. — Niña bien desarrollada. Mal estado de nutrición, escaso panículo adiposo; piel y mucosas pálidas. Pestañas largas y sedosas. Hipertricosis. En la boca nada anormal. Por la inspección se nota que el tórax no está bien conformado; hay ligero abovedamiento en la parte anterior izquierda, desde la región infra-clavicular hasta la 5.ª costilla. Arcos costales bien marcados; las escápulas en aletas. Por la percusión se demuestra sonoridad normal en el pulmón derecho; en el izquierdo, en cambio, y por delante en la zona correspondiente al abovedamiento, hay macicez. Por detrás hay macicez en el vértice y submacicez en el resto del pulmón. Por la auscultación, se advierte que la respiración es soplante sobretodo en la expiración. Por detrás hay disminución del murmullo vesicular. Aparato circulatorio. Choque de la punta en el 5.º espacio intercostal derecho fuera de la línea esternal. Percusión: aumento de la macisez cardíaca que se con-

funde con la macicez correspondiente al abovedamiento torácico. Auscultación: tonos bien marcados. Pulso tenso regular, frecuente. El examen de los órganos abdominales y del sistema nervioso no revela nada anormal.

Examen de sangre. Hemoglobina 65 %. Glóbulos rojos 5.000,000. Glóbulos blancos, 8,500; Relación globular, 1,588; Valor globular, 0.65; Polinucleares, 80 %; y Linfocitos, 20 %.

Examen de orina. Caracteres físicos: Turbia, ácida. Densidad: 1.024; Examen químico: Urea, 25.22%; Fosfatos 4.50 %; Cloruros 10.90; Albúmina y glucosa no hay.

Observaciones microscópicas: Escasas células y leucocitos, algunos hematíes y mucus.

Examen de esputos: Esputo muco-purulento adherentes. No se observan bacilos de Koch, ni ganchos.

Marzo 15|1916. — Operación. Anestesia clorofórmica ligera. Resección de un trozo costal de 6 ctms. al nivel de la línea axilar media y sobre la 5ª costilla. Se abre una hidátide situada en el lóbulo superior del tamaño de una naranja y a contenido líquido cristal de roca. Se extrae la germinativa y se drena. Se marsupializa fijando la periquística a los músculos intercostales. Había adherencias entre las pleuras.

Septiembre 3|1916. — Dada de alta persistiendo una pequeña fístula.

OBSERVACION Nº 47.

Nombre, A. B.— Edad, 7 años.— Sexo femenino. — Año 1916.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Madre de veintiocho años de edad, padre de treinta y seis años, ambos sanos; han tenido dos hijos, vivos y sanos.

Antecedentes personales. — Niña criada a pecho durante un año. Tuvo sarampión hace un mes y tos convulsa hacen seis años.

Enfermedad actual. — Se reveló hace más o menos un mes, al facultativo que la asistió del sarampión. Conservó fiebre poco intensa, escasa tos y disnea.

Estado actual. — Niña en regular estado de nutrición, se presenta con disnea y temperatura poco elevada, deformación torácica y signos de derrame pleural. Habiendo sido punzada, antes de su ingreso, se retiró líquido turbio del pulmón izquierdo.

Diciembre 25|1916. — Operación. Anestesia clorofórmica ligera. Resección de la 8.ª costilla en una extensión de 6 ctms., en la línea axilar media. Punción del pulmón retirándose líquido turbio; arponaje y evacuación del contenido de un quiste; fijación de la pleura visceral y periquística al plano costal. En la intervención cayó líquido en la cavidad pleural. Se deja drenaje.

Diciembre 30|1916. — Es retirado del Hospital a pedido de los padres; el estado general es bastante delicado. Hay temperatura alta. Se le han hecho en los últimos cuatro días inyecciones intra-venosas de 10 cc. de electro-argol y 1|2

mlg. de estricnina por vía subcutánea. Se ignoran las ulterioridades.

OBSERVACION Nº 48.

Nombre, A. L.— Edad, 12 años.— Sexo masculino. — Año 1916.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tomó pecho hasta los dos años. No ha tenido enfermedad infecciosa alguna. Se atendió anteriormente por pleuresias repetidas? No dió reacción a la tuberculina; siguió con fiebre por espacio de varios meses y con oscilaciones de 1 a 2 grados diarios. Ha tenido tos y expectoración muy abundante, desmejorándose mucho su estado general.

Estado actual. — Niño bien conformado, con buen desarrollo óseo y muscular. Regular panículo adiposo. Tiene temperatura de 38º a 39º. Pulso bueno; tos escasa y poca disnea. Está pálido y decaído y en estado de desnutrición marcado. El examen de su aparato respiratorio muestra el tórax abovedado en el lado derecho, así como una macicez pronunciada en la región de la base. Las vibraciones vocales disminuídas y un soplo anfórico en el mismo lado.

El examen de su aparato digestivo y circulatorio no muestra nada anormal. Este niño estuvo en tratamiento en una sala de clínica médica por su afección pulmonar, en donde, en un principio, se le diagnosticó una pleuresía purulenta abierta, por su abundante expectoración y signos cavitarios.

Los exámenes de esputos y de líquido cavitario obtenido por punción, revelaron gérmenes vulgares y estreptococos. No se encontraron bacilos de Koch ni ganchos.

Las pruebas radiográficas obtenidas en este enfermo son particularmente instructivas, por cuanto ellas permiten rectificar el primitivo diagnóstico y asegurar, ya casi, la naturaleza equinocóccica de la afección que padecía el niño.

Previo un examen radioscópico que mostró una gran colección líquida en el lado derecho del tórax, se obtienen dos radiografías, una en posición vertical y la otra en posición decúbito dorsal.

La radiografía obtenida en posición vertical muestra en el lado derecho del tórax, y ocupando los tres cuartos inferiores del área que debiera corresponder a la claridad pudmonar, una sombra obscura cuyo límite inferior se confunde con la sombra correspondiente a la cúpula diafragmática, pero persistiendo, sin embargo, hacia afuera una pequeña claridad correspondiente al seno costo-diafragmático. Por adentro, esta gran sombra se confunde con la correspondiente a la sombra cardíaca y a la columna; por afuera ella se extiende y alcanza el límite externo de la caja torácica. Es por su parte superior donde la sombra obscura presenta su límite más neto y característico; él está representado por una línea horizontal constituída por un nivel líquido (radioscópicamente ese nivel se movía inclinando o sacudiendo el enfermo). Esta línea horizontal se extiende desde la proximidad de la columna hasta el límite externo de la caja torácica: en altura su proyección corresponde al espacio comprendido entre la 5ª y 6ª costillas.

Inmediatamente por encima de la línea horizontal aparece una claridad en forma de media luna; esta media luna está perfectamente delimitada hacia abajo por la línea del nivel líquido, y hacia arriba y los costados por un espacio de puente o techo obscuro, bien marcado, que se extiende desde la sombra mediana correspondiente a la columna hasta el límite externo de la caja torácica. En altura, la claridad semilunar abarca el espacio comprendido entre la 2.ª y 5.ª costillas.

La radiografía obtenida en el decúbito dorsal, enseña una menos intensa pero extensa sombra ocupando toda el área pulmonar derecha, tanto la parte obscura inferior de la primera radiografía como también la parte que corresponde a la zona clara superior.

La interpretación radiográfica nos lleva al diagnóstico de pio-neumo-quiste hidatídico:

Mayo 4|1916. — Operación. Bajo anestesia clorofórmica ligera, incisión de 8 a 10 ctms., en la línea escapular y a la altura de la 10.ª costilla; se incinde hasta el hueso, se descubre y llega a la costilla que se secciona en una extensión de 7 a 8 ctms.; se abre la cavidad y sale gran cantidad de líquido purulento amarillo, muy fétido; se cree entonces en una pleuresía purulenta de la gran cavidad por lo superficial de la colección, pero luego se obtiene un trozo de membrana grande y gruesa, con los caracteres sospechosos de mebrana hidatídica. Se deja drenaje de gasas solamente. La cavidad es enorme.

Mayo 10|1916. — En la curación se saca dos grandes pedazos de membrana del tipo de la que se obtuvo en la operación. Sigue sin fiebre y buen estado general.

Mayo 12|1916. — Existe una comunicación bronquial y la membrana que tapiza la cavidad es de espesor y de consistencia fibrosa especial; se desprende sola, en algunos sitios.

Mayo 13|1916. — El examen anátomo-patológico de los trozos de membrana obtenidos en la operación demuestra su naturaleza hidatídica.

Junio 19|1916. — Muy buen estado general. No hay temperatura. Comienza a levantarse.

Agosto 4|1916. — Sigue en buenas condiciones, supura siempre su herida.

Septiembre 27|1916. — Se levanta, supura muy poco; sigue bien.

Octubre 20|1916. — Alta. La fístula no está todavía total-

mente cerrada, por lo cual continúa concurriendo al Hospital para sus curaciones. Estado general muy bueno.

Noviembre 7|1916. — Curado.

La prueba radiográfica obtenida ocho días después de la intervención quirúrgica, muestra una cavidad en cuyo punto declive, por la costotomía correspondiente, se ha establecido el drenaje; los límites cavitarios se marcan especialmente por dentro, por abajo y por arriba. Ya no se observa nivel líquido en su segmento inferior.

La prueba radiográfica — obtenida nueve meses después de la intervención quirúrgica — estando ya el enfermo curado, enseña en medio de una semi-oscuridad pulmonar los vestigios de una cavidad, solo perceptible en la parte inferior, donde también se nota el aro perióstico reformado en el sitio donde se resecó la costilla. Se nota también y bien marcada, la retracción torácica del lado derecho, acusada sobre todo por la aproximación de las sombras costales.

OBSERVACION Nº 49.

Nombre J. N. — Edad 11 años. — Sexo masculino. — Año 1918.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Criado a pecho durante un año. No ha tenido enfermedades infecciosas. Hace seis meses que el niño tuvo una vómica, arrojando una abundante cantidad de líquido claro, cristal de roca, y luego sangre. Mejoró al poco tiempo, aunque siempre le quedó tos seca y poco frecuente. Desde hace siete días tiene tos blanda húmeda (espu-

tos muco-purulentos), disnea, dolor en la espalda y temperatura.

Estado actual. — Niño bien desarrollado, pero en mal estado de nutrición. Se palpan algunos ganglios superficiales en las ingles. Piel y mucosas pálidas. Hay disnea. A la inspección se nota que ambos pulmones se expanden aunque en menor extensión el pulmón derecho, en su tercio medio y en la base. A la percusión se observa que hay submacisez en la parte media e inferior del pulmón derecho.

El niño, cuando se encuentra acostado, solo presenta disnea y lijero dolor espontáneo en el lado derecho, pero en cuanto se sienta se le produce tos frecuente, arrojando esputos muco-purulentos sumamente fétidos.

Marzo 26. — Examen de sangre: Hemoglobina, 75%. Polinucleares, 79%. Mononucleares, 2% Linfocitos, 15%. Eosinófilos, 0%. Formas de transición, 4%.

Cuti y dermo reacción. Negativas.

Marzo 23|1918. — Operación: Anestesia local: Novocaína. Se reseca un trozo de costilla de 6 ctms. al nivel de la línea axilar media y en la 8ª costilla. Sale la membrana y abundante pus de la cavidad quística. Se deja drenaje.

Julio 11|1918. — De alta, curado.

OBSERVACION Nº 50.

Nombre B. N. — Edad 7 años. — Sexo masculino. — Año 1917.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Fué criado a pecho hasta los cinco meses; no ha tenido ninguna enfermedad infecciosa.

Hace tres meses que comenzó su enfermedad con fiebre poco elevada, tos seca y esputos sanguinolentos. Fué visto entonces por un médico, quien diagnosticó una pleuresía. Mejoró y poco tiempo después le apareció fatiga, decaimiento, inapetencia, enflaquecimiento y cianosis de los miembros y cara.

Estado actual. — Observando al enfermo, lo primero que llama la atención es la posición sentada que constantemente guarda y que indica su dificultad respiratoria; hay también cianosis, tos seca y frecuente y una actitud de angustia o de intranquilidad. Examinando su aparato respiratorio no se nota nada por la inspección del tórax; a la auscultación se encuentra un soplo y abolición del murmullo vesicular en la base derecha; por la percusión una macisez que se eleva hasta la 7ª costilla. En el pulmón izquierdo la auscultación nos da el murmullo abolido y un soplo en la base; la percusión denota macisez en la base hasta la altura del 8º espacio intercostal.

Examen de orina: Acido úrico, 0.16%. Acido fosfórico, 0.75%. Cloruros, 6,50. Elementos fijos, 18,6. Albúmina no contiene. Cristales de urato — ácido de amonio — microorganismos.

Octubre 26|1917. — Operación. Anestesia local (novocaina); lado derecho. Se reseca la 7ª costilla, 6 ctms., a la altura de la línea axilar posterior; se extrae una hidátide supurada, tamaño de una naranja. El quiste había determinado adherencias pleurales. Se coloca drenaje.

Octubre 30|1917. — Anestesia local (novocaina), lado izquierdo. Se reseca la 7ª costilla, 6 ctms. línea axilar media, y se extraen dos hidátides con membranas sumamente grandes. Se dejan abiertas las cavidades. El contenido de los quistes está formado por líquido purulento en gran cantidad. No hay vesículas hijas.

Noviembre 3|1917. — Inmediatamente después de la primera intervención el estado general del niño mejoró algo, la cianosis disminuyó lo mismo que la disnea. El pulso de 140 antes de la intervención bajó a 120. La temperatura osciló

alrededor de 38º a 38,5º Se hizo aceite alcanforado, cafeína, y suero fifiológico a pequeñas dosis. Después de la segunda intervención el enfermo mejoró visiblemente; la temperatura descendió a la normal; el pulso mejoró aún más (110). La disnea disminuyó en una forma marcada, igualmente la cianosis; dos días después de la segunda operación la temperatura aumenta por acumulación de pus; se coloca un buen drenaje con tubo de goma y la temperatura vuelve a bajar.

Marzo 3|1918. — Las heridas operatorias han cicatrizado. El enfermo se encuentra en buen estado general con aumento de peso; no tiene disnea ni tos.

Completamente, curado, se le da de alta.

OBSERVACION Nº 51.

Nombre J. P. — Sexo femenino. — Edad 11 años. — Año 1917.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Comenzó su enfermedad hace más o menos un año de decaimiento, palidez y ligero dolor de espalda. Ha tenido fiebre. En la semana pasada arrojó por la boca un líquido sanguinolento y pequeñas membranas, quedando desde entonces con fiebre y ligera tos.

Estado actual. — Regular estado de nutrición. Piel y mucosas sanas. No hay ganglios. Sistema muscular y óseo normales. En el aparato circulatorio y digestivo no se observa nada de particular. Tiene tos ligera y seca; el examen de los pulmones por delante, no revela nada de particular. Por detrás hay sonoridad exagerada en el vértice y en la axila izquierda, sumacisez completa en las regiones escapular e inter-escapulo-vertebral.

Abolición de vibraciones vocales en las mismas regiones. Por la auscultación se nota el murmullo vesicular exagerado en el vértice, debilitado en la base izquierda y con algunos frotes en el lado derecho. Silencio respiratorio en la parte media del pulmón izquierdo, con un soplo expiratorio suave en su parte inferior. Temperatura, 37,2º.

Examen de sangre: Hemoglobina, 70%. Glóbulos rojos, 4.960.000. Glóbulos blancos, 16.000. Polinucleares, 74%. Linfocitos, 26%.

El examen radioscópico muestra una sombra grande, redondeada, en la parte media del pulmón izquierdo; sus contornos no son bien netos. Sono costo-diafragmático claro.

Marzo 3|1917. — Operación: Anestesia clorofórmica ligera. Previa punción en el 5º espacio intercostal, lado izquierdo, línea axilar media, se retira un líquido cristal de roca; se hace una resección de la 6º costilla, línea axilar. Llegado a la cavidad pleural se punza el pulmón con bisturí, dando salida a una gran cantidad de líquido cristal de roca. Sutura del pulmón a la pared, se limpia la cavidad sacando la membrana hidatídica; drenaje de gasas.

Los primeros quince días que siguen a la operación estuvo con fiebre alta hasta 40º, la herida no presenta nada de particular. El pulmón del lado operado respira mal. Se hizo revulsión.

Marzo 20|1917. — Apirética. Buen funcionamiento pulmonar.

Junio 7|1917. — Dada de alta con la herida cerrada.

OBSERVACION Nº 52.

Nombre R. ... — Edad 12 años. — Sexo masculino. — Año 1918.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Padre cuarenta y cinco años. Madre treinta y ocho años. Nueve hijos vivos, dos abortos posteriores al nacimiento del niño. Padre y madre reumáticos. En el padre asma y eczemas.

Antecedentes personales. — Criado con pecho hasta los dos años. Hace más de un año que la madre nota que el costado izquierdo del tórax es más abovedado que el derecho. Desde entonces, el niño comienza a acusar dolor sordo en el mismo costado y a tener de vez en cuando esputos con estrías de sangre.

Estado actual. — Niño en buen estado general y de nutrición escaso panículo adiposo y pobre desarrollo muscular. Tinte pálido de la piel y de las mucosas. Facies de sufrimiento. A la inspección del tórax, se nota un abombamiento en el lado izquierdo del tórax, bien visible cuando se mira de costado; la percusión es mate, en casi toda su extensión; hay también abolición del murmullo vesicular en el lado enfermo. La lesión pulmonar ha desplazado el corazón en bloque, hacia el lado derecho, latiendo la punta en la región epigástrica; sus tonos se conservan bien.

Examen de orina: Color ámbar. Sedimento no contiene. Espuma blanca. Reacción ácida. Densidad a 15º c. 1.011. Examen químico: Acido úrico, 0.22. Fosfórico, 0.70. Elementos rijos 25|63. Albúmina no contiene. Glucosa no contiene.

Muy escasos elementos celulares; granulaciones de uratos y cristales de ácido úrico.

Junio 7|1918. — Operación. Bajo anestesia local de cocaína, se hace una incisión de unos 6 ctms. en el costado enfermo del tórax entre ambas líneas axilares; se llega así a la 4ª costilla, que se desnuda y extirpa con el costótomo en la extensión que marca la incisión supercial; se llega a la pleura que está espesada y adherida; se abre y sale gran cantidad de pus, expulsando al final la germinativa apelotonada y del tamaño de un puño. Una vez vaciada la cavidad, se dejan dos tubos de drenaje y se tapa la herida con un apósito seco. Como dos meses después de la operación queda aún una cavidad grande, que acumula pus y da constantemente temperatura. Se vuelve a intervenir.

Octubre 15|1918. — Bajo anestesia clorofórmica se efectúa una toracoplastía de Estlander. Incisión semi-circular con la convexidad hacia adelante; se reseca la piel invaginada así como el trayecto fistuloso existente; se extirpan trozos de las 3ª y 4ª costillas, y aún de la nueva costilla formada a expensas del periostio de la 5ª; se sutura la pleura y la pared, dejando un pequeño drenaje.

Octubre 18|1918. — La temperatura subió a 39º Hay una pequeña zona de macisez por debajo de la herida operatoria.

Octubre 19|1918. — Es punzado varias veces pero en blanco.

Noviembre 1º|1918. — La temperatura ha ido descendiendo lo mismo que la supuración, mejorando mucho su estado general.

Enero 23|1918. — Se da de alta, curado.

OBSERVACION Nº 53.

Nombre, M. L. G.— Edad, 12 años.— Sexo femenino.— Año 1919.

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — No se conocen.

Antecedentes personales. — Ingresó al Servicio operada ya de un quiste hidatídico del pulmón derecho, en cuya sintomatología figuraron la tos y las hemóptisis y cuyo diagnóstico se confirmó por la radiografía.

Estado actual. — Mal estado general; piel y mucosas pálidas. Sistema muscular y óseo normales. Hay disnea, (treinta respiraciones por minuto). El pulmón izquierdo por la percusión y auscultación se muestra normal. En el lado derecho del tórax presenta una herida operatoria, al nivel de la línea axilar media y a la altura de la 9ª costilla; la herida tiene 5 ctms., y por ella se ha extraído una hidátide pulmonar, fijando luego el pulmón al plano muscular de la incisión.

El examen del aparato circulatorio muestra un corazón con tonos débiles; 120 pulsaciones por minuto. Del lado del aparato digestivo no se observa nada de particular.

Enero 5|1920. — (Un mes y medio después de la operación). La supuración ha disminuído, pero persiste una fístula bronco-cutánea por donde mana aún pus. En la última curación, en un acceso de tos, ha arrojado un pequeño trozo de membrana hidatídica.

Mayo 1º|1920. — Apirética desde hace un mes y medio, pero el estado general decae. Hay cianosis de las uñas que se acentúa durante los esfuerzos.

Mayo 20|1920. — Se opera nuevamente. Operación de Estlander. Se resecan la 7ª, 8ª y 9ª costillas en una extensión

de 5 ctms., y al nivel de la línea axilar posterior. Se encuentra una fístula bronco-cutánea, cuyos bordes se han osificado. Se aplica el colgajo parietal sobre la superficie pulmonar. Se deja drenaje.

Abril 1º|1920. — Apirética, después de haber supurado abundantemente y de haber estado dos semanas con temperatura irregular. La herida operatoria en buenas condiciones; el orificio externo de la fístula se ha reducido mucho, pero siempre da salida a una secreción muco-purulenta. Tiene tos aún. El estado general ha mejorado.

Julio 6|1920. — Operación. Bajo anestesia clorofórmica, se resecan dos segmentos de costillas, en una extensión de 5 ctms., vecinas a la fístula y que presentan focos de osteomielitis. Drenaje.

Agosto 26|1920. — Habiéndose elevado la temperatura a 39-5, y desmejorado su estado general debido a la retención de pus se debrida la herida externa y se curetea.

Septiembre 25|1920. — Sale del Servicio a pedido de los padres, para ser llevada al pueblo de donde proviene. Su mejillas pálidas, extremidades cianóticas.

No se conocen las ulterioridades.

OBSERVACION Nº 54.

Nombre, M. N.— Edad, 10 años.— Sexo femenino. — Año 1920.

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Nacida a término. Escarlatina hace dos años. Hace ocho días que comenzó su enfermedad con fiebre alta, puntada de costado del lado derecho, tos ligera y disnea.

Estado actual. — Niña bien conformada. Buen esqueleto óseo. Regular estado de nutrición. Piel blanca y mucosas pálidas. Hay ligera cianosis de los labios y disnea marcada. Temperatura de 39°. Lengua húmeda.

Al examen general llama la atención un abovedamiento acentuado del tórax, en el lado derecho, con red venosa superficial marcada. En el examen de los pulmones se observa que, en el derecho y a la percusión, hay una macicez franca que llega desde la base hasta la altura de la 3ª costilla. A la auscultación se aprecia disminución de la entrada de aire y en el vértice un soplo sonoro expiratorio. En el pulmón izquierdo sonoridad; a la auscultación rales congestivos de todo tamaño y respiración ruda.

El examen del aparato circulatorio muestra el corazón con tonos claros; pulso regular, igual, frecuente (130 pulsaciones por minuto); tensión muy disminuída. El abdomen es blando, depresible e indoloro. El borde inferior del hígado se palpa a 2 ctms. por debajo del reborde costal. Bazo no se palpa.

Abril 20|1920. — Operación. Bajo anestesia local (novocaína), se hace una toracotomía con resección de la 8ª costilla en una extensión de 3 ctms.; se fija la pleura visceral a la pared y se extrae la hidátide, que principiaba a supurar; se deja drenaje con tubos y gasas, previa marsupialización.

Agosto 26|1920. — De alta completamente curada.

OBSERVACION Nº 55.

Nombre, R. U.— Edad, 8 años.— Sexo femenino. — Año 1920.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niña nacida a término. Ha sido criada a pecho durante tres meses. Hace dos años tuvo gastro-enteritis.

Enfermedad actual. — Hace quince días empezó su enfermedad con inapetencia, decaimiento, tos seca y frecuente, fiebre alta y continua, escalofríos y disnea. Hace cinco días se vió un esputo con trozos de membrana, lo que certificó el diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar.

Estado actual. — Niña en buen estado de nutrición, masas musculares y esqueleto óseo bien desarrollados; piel blanca, mucosas húmedas y rosadas. Al examen del aparato respiratorio se observa, en el pulmón derecho, una macicez con disminución del murmullo vesicular y de las vibraciones vocales; en el pulmón izquierdo nada de anormal. Por la tarde del día de su ingreso y siendo las 19 horas, repentinamente, y luego de tener un poco de tos, se produce una vómica abundante, expulsando en la misma membranas y líquido de un quiste hidatídico; a la vómica sigue una hemóptisis bastante abundante, acompaña a todo esto un cuadro general grave; la tos se hace frecuente, a pesar de que la niña pretende contenerla; gran disnea, cianosis de piel y mucosas, ansias respiratorias, relajación de esfínteres, desasosiego, pulso incontable y débil tensión. Ante este cuadro se ordenan inhalaciones de oxígeno, cafeína, ergotina, aceite alcanforado y ligaduras de los cuatro miembros.

Se la coloca en la posición semisentada y se le ordena reposo absoluto muscular y de la voz. Una hora después el cuadro ha mejorado visiblemente, la hemóptisis se ha calmado

y casi desaparece; el pulso mejora en número y tensión, lo mismo que los otros síntomas angustiosos.

Una hora más tarde, y cuando todo hacía presumir que el peligro estaba conjurado, sobreviene otra vez, repentinamente, una fuerte hemóptisis como de 500 gramos, que termina con la vida de la enferma. No se pudo efectuar autopsia.

OBSERVACION Nº 56.

Nombre, J. D.— Edad, 5 años.— Sexo masculino. — Año 1920.

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ha tenido sarampión y coqueluche. Su enfermedad ha comenzado con decaimiento y enflaquecimiento. Ha sido examinado ya por un médico, quien opinó que se trataba de un quiste hidatídico.

Estado actual. — Al examen somático del enfermo se comprueba un estado saburral de las primeras vías digestivas. Aparato cardio-vascular normal. A la percusión del pulmón derecho se nota, por detrás, en la línea para-vertebral, una zona de macicez en la base y que alcanza hasta el 5º espacio intercostal; esta zona de macicez presenta una forma redondeada y convexa hacia arriba, alcanzando el punto más alto en la línea para-vertebral para descender a medida que se aproxima a la línea axilar y alcanzar a este nivel el límite normal de la percusión pulmonar.

A la auscultación, se percibe una disminución del murmullo vesicular que coincide con la zona de macicez. En el examen del abdomen no se comprueba nada de anormal. Sis-

tema nervioso también normal. La radiografía del tórax enseña la sombra de un quiste hidatídico del pulmón derecho.

Octubre 18|1920. — Examen de orina. Nada de anormal.

Examen de sangre. Hemoglobina 52 %. Glóbulos rojos 3.680.000. Glóbulos blancos 5.800. Relación globular 1 x 633. Valor globular 0.72 %. Polinucleares 76 %. Mononucleares 1 %. Linfocitos 23 %.

Reacción de Imaz Lorentz. Negativa.

Sale del Servicio sin operase, no conociéndose las ulterioridades.

OBSERVACION Nº 57.

Nombre, F. S.— Edad, 6 años.— Sexo masculino. — Año 1924.

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Padres jóvenes y robustos. Tiene dos hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Niño nacido a término, después de un embarazo normal. Lactancia materna hasta los nueve meses. Ha padecido de desórdenes gastro-intestinales y de bronquitis repetidas.

Enfermedad actual. — Comenzó hace aproximadamente dos años, con tos, fiebre ligera, expectoración y enflaquecimiento. Fué en su principio asistido en la campaña, sin que se estableciese un diagnóstico exacto. Traído más tarde a la Capital, y ante la posibilidad de una hidátide pulmonar, se efectuó un primer examen con los Rayos X, por el cual y en opinión del radiólogo, se alejó la sospecha de una equinococosis.

Se le instituye desde entonces, un tratamiento sintomático

y el enfermo vuelve al campo de donde provenía. Ahí transcurren unos meses sin que se produjeran mayores modificaciones en su estado. Su tos y su temperatura persisten sin embargo, motivo por el cual vuelve otra vez a Buenos Aires, donde, examinado por un distinguido colega, insiste este en el diagnóstico de hidatidosis pulmonar. Al efecto hace examinar un producto expectorado, donde macroscópicamente ya, parecía distinguirse un pequeño trozo de membrana hidatídica y el examen fué concluyente desde que por él se reconoció la presencia de membrana y de ganchos equinocóccicos. Como resultado de este dictamen y del examen clínico completo se llegó, también, al diagnóstico de la localización hidatídica en la base del pulmón derecho. Fué entonces que el enfermito dió el siguiente estado actual.

Estado actual. — Niño bien constituído. Regular estado de nutrición. Coloración un poco pálida de la piel y mucosas. Pequeños ganglios en el cuello, axilas e ingles. Estado febril, 38° por la tarde. Boca y faringe normales. Abdomen normal: no se palpa bazo ni hígado. En el examen de su aparato circulatorio no se observa nada de anómalo.

Examinando su aparato respiratorio se comprueba que no hay disnea, pero que hay tos frecuente con expectoración muco-purulenta y a veces algunos hilos de sangre. En medio de los productos expectorados se comprueban aún tenues membranas con el aspecto de membrana germinativa hidatídica.

La percusión revela al nivel de la base derecha y sobre las líneas axilares media y posterior una zona mate. No hay deformación torácica a ese nivel ni red venosa cutánea. La macicez asciende hasta la altura de la 7ª costilla. Por la auscultación en ese sitio, se nota una disminución de la entrada de aire, así como algunos rales. El examen percutorio y auscultatorio de todo el pulmón izquierdo y del vértice del derecho no revela nada anormal.

Un examen radioscópico muestra en el sitio denunciado

por el examen físico, esto es, en la base derecha una pequeña zona oscura, más o menos del tamaño de una mandarina, en medio de la cual se apercibe una pequeña cavidad con líquido y cuyo nivel se desplaza con los movimientos y con la tos.

Es en estas condiciones que se obtiene otras radiografías, las cuales, según opinión del radiólogo, no daban la certeza de una hidatidosis equinocóccica pulmonar.

Es en estas circunstancias que fuimos solicitados para emitir nuestra opinión, y por cierto que nos adherimos al diagnóstico establecido ya por el clínico que atendía al niño. Más aún, revisando la primitiva radiografía obtenida, varios meses atrás, y en la que el radiólogo negaba la existencia de una hidátide pulmonar, pudimos delatarla ya en esa imagen como una sombra que en parte se confundía con la sombra del corazón.

Operación. Anestesia local con cocaína. Resección de la 8ª costilla al nivel de la línea axilar posterior, y en una extensión como de 6 ctms. Extirpado el segmento costal, previo desperiostamiento, se observa la pleura parietal a ese nivel y se comprueba que ella está adherida al órgano. Con una jeringa Lüer munida de su aguja capilar se efectúan en ese lugar una serie de punciones en todos sentidos, no siendo posible en ninguna de ellas retirar líquido alguno. En algunas de esas punciones se sentía dentro del órgano y a una profundidad de 2 o 3 ctms. una cierta resistencia que la aguja alcanzaba y aún pasaba, sin retirar, sin embargo, líquido que autorizase una incisión. En vista del resultado negativo de la búsqueda se resuelve no proseguir la intervención. Sutura profunda del plano muscular con catgut y de la piel con seda.

El post-operatorio transcurre sin mayores novedades. La temperatura, siempre discreta, va atenuándose y cuando el enfermo otra vez vuelve al campo termina por desaparecer al cabo de un mes. La expectoración prosigue aún por un tiempo, arrojando algunas veces la sustancia membranosa antes

aludida, en medio del muco-pus, sin que nunca esa expectoración por su cantidad tomara proporciones de una vómica

A los tres meses de la operación el enfermo, cuyo estado es satisfactorio, contrae una tos convulsa, la cual evoluciona sin complicaciones. Instituído un tratamiento conveniente, el niño sigue siempre en el campo, donde, según manifestación de los padres, de nada se queja, presentando un poco de fatiga.

Cinco meses después de la fecha en que fué sometido a la intervención quirúrgica, curado ya también de su coqueluche, se obtiene otra radiografía, en la que se comprueba una gran mejoría en la lesión que se acusaba antes en la base derecha. El examen físico, efectuado, por otra parte, muestra también a ese nivel el mejor funcionamiento pulmonar. Apenas si se sienten algunos frotes.

Pero es entonces y realmente con sorpresa, que en este nuevo examen radiográfico aparece en la parte superior del pulmón derecho — sitio donde en ninguna de las radiografías anteriores existía nada anómalo — una sombra más o menos circular, con borde inferior bien convexo, con borde superior un poco cóncavo, y cuyo mayor eje se extiende de la 3ª hasta la 7ª costilla. Por su aspecto la sombra debe corresponder a la sombra proyectada por una hidátide; su tamaño es más o menos aproximado al que corresponde a un huevo de gallina. Radiografías obtenidas respectivamente dos y cuatro meses después, muestran siempre esa sombra, más redondeada aún, de tamaño mayor y con todos los caracteres de las imágenes hidatídicas. El estado general del enfermo es muy bueno; no hay casi expectoración y tos, ni ninguna otra molestia o desorden que reclamase una intervención inmediata.

Por espacio de cuatro meses más todavía el niño permanece en el campo hasta que un episodio agudo obliga a traerlo nuevamente a la ciudad. Cuando el enfermo, esta vez, se presenta a nuestra observación, ofrece toda la sintomatología de

una neumonia derecha de vértice. Bruscamente y previa puntada de costado, la temperatura se enciende y la tos aumenta; una disnea bastante pronunciada se instala. Una buena zona mate se percute tanto por delante como por detrás del tórax y en una extensión que abarca sus dos tercios superiores. La respiración es soplante, percibiéndose algunos pequeños rales en el vértice.

Este episodio se prolonga por espacio de doce días, sin que en su curso el niño arroje sangre, ni producto alguno, que hiciera presumir la infección y ruptura de su hidátide. Una radiografía, obtenida entonces, demuestra que la sombra correspondiente a una hidátide — delatada ya por radiografías anteriores — se ha rodeado de una especie de nebulosa apreciable sobre todo en la parte superior.

Un mes después, el episodio pulmonar habiendo desaparecido completamente, el niño vuelve a las condiciones en que se encontraba antes de venir a la ciudad; sin fiebre, sin fatiga y solo con un poco de tos. Una nueva placa radiográfica, nos enseña siempre a la hidátide existente, pero sin que se presente ya esa nebulosa o sombra difusa con que la imagen de la hidátide se envolvió durante el proceso pulmonar intercurrente.

Es entonces que resolvimos someter al niño a una intervencin quirúrgica.

Operación: Anestesia local con novocaína. Posición de jockey. Resección de la 5ª costilla, en una extensión de 6 ctms. al nivel de la línea axilar anterior que es el sitio donde la hidátide, por su macisez, parece estar más próxima a la pared. Adherencias pleurales bien establecidas, pues a través del periotio posterior de la costilla y de la pleura parietal no se ve deslizar el pulmón. Previa punción capilar que da líquido cristal de roca a una profundidad de 2 ctms., se incinde el parenquima y la membrana quística extrayéndose una hidátide del tamaño, más o menos, de una naranja grande, sana y limpia,

y sin vesículas hijas. Los bordes de la membrana quística se fijan, con puntos de catgut, al plano muscular. Drenaje con gasas secas.

El post-operatorio tuvo sus alternativas; si bien los primeros cuatro o cinco días transcurrieron normalmente, luego se intercaló un proceso febril que duró por espacio de 8 días y sin que él coincidiera con retención de pus o con fenómenos pleurales. En cambio, se pudo apreciar, entonces, la aparición de un foco congestivo del lado de la base y que desapareció lentamente cuando la temperatura retornó a la normal.

Tres semanas después de la intervención se produjo otra vez el mismo episodio pero menos intenso y solo duró seis días.

A los dos meses y medio de la operación el niño es dado de alta completamente curado. Su estado general es excelente, su pulmón funciona muy bien. Radiográficamente solo puede comprobarse una ligera franja de esclerosis en el sitio donde antes se hacía presente la sombra de la hidátide.

OBSERVACION Nº 58.

Nombre, L. O. J. — Edad, 12 años. — Sexo, masculino. — Año 1921.

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión a los cinco años. Hace nueve meses que presenta un dolor en la base del pulmón derecho.

Estado actual. — Buen estado general y de nutrición, esqueleto bien conformado, mucosas pálidas. El enfermo presenta una macisez de forma más o menos circular y de conve-

xidad superior al nivel de la base del pulmón derecho. A la palpación se comprueba la abolición de las vibraciones vocales; a la auscultación se observa una disminución del murmullo vesicular así como algunos rales escasos y sin importancia.

La radiografía enseña una sombra oscura situada en la base del pulmón derecho, cuyo borde inferior se delimita del superior del hígado y cuyo borde superior es convexo hacia arriba. Por adentro la sombra se extiende hasta la sombra cardíaca. Hay claridad en el seno costo-diafragmático.

Octubre 1 1921. — Operación: Anestesia clorofórmica ligera. Incisión de 6 ctms. en la línea axilar posterior. Resección de 5 ctms. en la 8ª costilla. Pulmón adherido a la pared; previa punción positiva se abre una hidátide, se extrae la membrana y se fija la periquística al plano muscular.

Diciembre 3 1921. — La cavidad supura aún. Contrae difteria pasando a la sala de infecciosos, donde termina su curación dos meses después.

OBSERVACION Nº 59.

Nombre, M. J. M. — Edad, 8 años. — Sexo, femenino. — Año 1920.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos.

Antecedentes personales. — Ha tenido sarampión hace dos años. Escarlatina, difteria y varicela hace cinco meses. Desde hace dos años, después del sarampión, la niña tiene una tos rebelde, habiéndosele diagnosticado una bronquitis. Hace tres meses, después de la escarlatina, fué atendida en el Hospital de Rodríguez, donde fué punzada, extrayéndosele un poco de líquido citrino: se le diagnosticó entonces pleuresía.

Posteriormente, fué trasladada al Hospital Alvear, donde se le diagnosticó ya un quiste hidatídico del pulmón. Hace diez días ingresa a una sala de clínica médica de este Hospital, donde se confirma el diagnóstico de quiste hidatídico del pulmón derecho.

Estado actual. — Buen estado general y de nutrición. Tiene mucosas sanas. No se palpan ganglios. Apirética. El examen de su sistema circulatorio nada demuestra de particular. Por la inspección del tórax, se nota, por delante, un abovedamiento de la parte superior del lado derecho del tórax. Por la percusión, macisez en la base derecha hasta el nivel de la parte media de la escápula. A la palpación se aprecia disminución de la excursión respiratoria y abolición de las vibraciones en la parte mate. Skodismo en el vértice derecho. En el pulmón izquierdo hay sonoridad pulmonar exagerada en toda su extensión. A la auscultación, silencio respiratorio en la base del pulmón derecho; un suave soplo expiratorio en el límite de la macisez. En el pulmón izquierdo respiración vicariante. Hay tos frecuente y seca. Aparato digestivo normal.

Reacción de Imaz Lorentz. Positiva.

La radiografía, obtenida entonces, muestra una zona oscura ocupando toda la parte inferior y media del pulmón derecho. Los límites de esta sombra se confunden hacia abajo y adentro con las sombras hepáticas y cardíacas; únicamente su límite superior aparece neto, mostrando su convexidad a la altura de la 4ª costilla. Hay deformación costal ligera.

Octubre 20|1920. — Operación: Bajo anestesia clorofórmica ligera, se reseca la 5ª costilla, al nivel de la línea axilar media, en una extensión de unos 5 ctms.; se incinde la pleura parietal y la pared del quiste que se halla adherida a la pleura, dando salida por la herida a una abundante cantidad de líquido claro, contenido en la hidátide. Se extrae la membrana germinativa que es muy grande; la enorme cavidad que queda se drena con tubos de goma y gasas.

Noviembre 15|1920. — Excelente estado general. La herida perfectamente cicatrizada.

La radiografía, obtenida un mes y medio después de la operación, muestra una zona de esclerosis en el lugar que ocupó la hidátide; tanto el vértice como la base aparecen claros. Entre la zona de esclerosis y la cúpula diafragmática se ve una zona o franja clara.

Noviembre 23|1920. — Dado de alta, curado.

OBSERVACION Nº 60.

Nombre, E. C. — Edad, 6 años. — Sexo, masculino. — Año 1913.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Padre cuarenta y seis años; madre cuarenta y seis años. Han fallecido cuatro hermanos; dos de gastro-enteritis y dos de escarlatina.

Antecedentes personales. — Ha sido criado artificialmente en su primera infancia. Hace dos años tuvo neumonia, la que evolucionó normalmente en ocho días. Ha vivido en el campo, donde estaba en contacto inmediato con perros.

Enfermedad actual. — Su enfermedad data de hace tres meses en que el niño comenzó a tener hemóptisis que duraron por espacio de dos meses y que luego no se han vuelto a reptir. Desde entonces tiene también tos frecuente, a veces acompañada de vómitos alimenticios, y expectoración muco-purulenta. En algunos de estos accesos de tos, según la expresión de los padres, ha arrojado "pielcitas". El estado general se mantuvo perfectamente hasta hace quince días en que ha perdido el apetito y ha comenzado a enflaquecer.

Estado actual. — Buen desarrollo esquelético; escaso

panículo adiposo. La piel hace con facilidad pliegues en todos lados; mucosas pálidas; algunos ganglios pequeños movibles en las ingles, axilas y cuello. Deformación inicial de los dedos de la mano en forma de palillos de tambor. Respiración costal superior y frecuente; 32 respiraciones por minuto, alternada con tos quintosa que obliga al enfermo a sentarse. Dientes sanos, ninguno reemplazado. El resto de la boca normal, lengua ligeramente saburral. Aliento fétido. Cuello con latidos visibles en la base. La punta del corazón, en la 5ª costilla al nivel de la línea mamaria, se ve y se palpa. Se palpan también salientes las articulaciones condro-esternales.

Por la percusión del tórax, se reconoce el límite hépato-pulmonar en la 6ª costilla al nivel de la línea mamaria derecha. Al aproximarse a la axila, la macisez asciende hasta alcanzar a dos traveses de dedo por encima del borde superior de esa costilla. Por la auscultación, el pulmón izquierdo da una respiración más ruda y amplia que el derecho; la de este último es ligeramente soplante y con broncofonia. Por detrás se advierte una asimetría en la base del tórax; la base derecha mide 29 ctms., la izquierda mide 30 ctms.

La percusión profunda en el lado derecho y en la base da una macisez que sube hasta el borde superior de la 6ª costilla. Hay disminución de las vibraciones y del murmullo vesicular. En la percusión superficial la base del pulmón derecho es también reducida.

El área cardíaca disminuida a la percusión. La auscultación del corazón, un tanto dificultada por la respiración frecuente y por la tos, deja percibir un soplo sistólico, inconstante, en la punta. El pulso es regular, tenso, igual. (106 pulsaciones por minuto). La temperatura oscila alrededor de 38,5º por las tardes.

A los tres días de estar en asistencia en el Servicio, tiene por la tarde mucha tos y una abundante vómica. El análisis investigando los elementos de esa vómica no da ganchos, ni

bacilos de Koch y sí una gran cantidad de glóbulos blancos, hematíes, levaduras y células epiteliales.

Tres días después persiste la tos y tiene otra vómica más reducida que la anterior y mezclada con alimentos.

Examen de sangre: Hemoglobina, 50 %. Glóbulos blancos, 13.000. Relación globular 1 × 307. Valor globular, 0.60. Retículo abundante. Equilibrio leucocitario: Polinucleares, 83 %. Mononucleares, 12 %. Forma de transición, 3 %. Linfocitos, 2 %. No hay eosinófilos. El examen de orina es normal.

Cuti-reacción de Casoni: negativa.

Se efectúan dos radioscopías. La primera, anterior a la vómica, muestra una gran zona difusa opaca en la base derecha, dejando libre el vértice. La segunda, posterior a la vómica, muestra una zona transparente a los rayos, del tamaño de una naranja, regular, rodeada de parenquima, con aspecto normal a los rayos y suspendida en la base derecha.

Operación: Anestesia con éter y cloroformo. Resección costal en la base derecha a la altura de la mayor macisez. Las punciones no dan líquido. Se hace entonces una incisión en el parénquima pulmonar adherido a la pleura, sin encontrarse cavidad alguna. Se extirpa un pequeño trozo de tejido del órgano para un análisis histológico. Se deja drenaje.

Fallece el mismo día de la intervención, después de haber presentado un enfisema a la altura del cuello.

Autopsia: Se encuentran adherencias pleurales en el lado de la toracotomía. Neumonia crónica inferior del lado derecho. Quiste hidatídico supurado, cortical, del lóbulo inferior derecho. Dilatación ventricular y de la aurícula derecha. Miocarditis grasa leve.

OBSERVACION Nº 61.

Nombre, M. B. — Edad, 12 años. — Sexo, masculino. — Año 1922.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Se ignoran.

Enfermedad actual. — Como único antecedente se registra que hace cuatro meses tuvo un episodio febril con dolores en el costado derecho y un poco de tos; según datos que da enfermo, estuvo en cama veinte días, después de los cuales tuvo un poco de fatiga. Después de estos hechos, no hay ningún dato de importancia. El diagnóstico de pleuresía purulenta, con que viene, ha sido hecho por los médicos de campaña.

Estado actual. — El estado general del niño bien conservado, ligero ascenso térmico con un máximum de 37,4 c.; respiraciones por minuto, 28. En el tórax, y a la inspección, se nota un ligero abovedamiento al nivel de la región escapular derecha y en la parte anterior al nivel del 2º, 3º y 4º espacios intercostal sobre la línea mamilar. Depresión de los espacios intercostales casi nula en todo el homitórax derecho, salvo al nivel de su base y ángulo costo-vertebral. Las vibraciones vocales en el lado derecho, y por detrás, abolidas en casi toda su extensión, comprobándolas solo en la parte superior; se comprueban aún en el sitio que corresponde al ángulo costo-vertebral. Por delante, estas vibraciones, únicamente se perciben cerca del vértice y en la región axilar. A la percusión la sonoridad corresponde a las zonas en que existen las vibraciones; la macisez extendida en casi toda la extensión del tórax es de tipo hídrico.

Por la auscultación, se oye en el vértice derecho y en la

base murmullo vesicular bien acentuado sin ruidos agregados. En la extensión restante hay silencio respiratorio que corresponde a la vasta zona de macisez. En el vértice y sobre la axila se observa una respiración un tanto soplante, más hacia abajo hay broncofonia. Pulmón izquierdo normal, salvo la respiración ligeramente vicariante. El abdomen, a la inspección, nada de particular.

Marzo 23|1922. — Examen de sangre: Hemoglobina, 93 %. Glóbulos rojos, 4.920.000. Glóbulos blancos, 6.400. Relación globular 1 blanco X. 768 rojos. Valor globular, 0.94. Polinucleares, 37 %. Eosinófilos, 3 %. Linfocitos, 55 %. Mononucleares, 2 %. Formas de transición, 3 %. En la radioscopía se observa una sombra redondeada, suspendida, en el pulmón derecho; se nota claridad en la zona que corresponde al vértice.

Marzo 28|1922. — Operación: Anestesia local con novocaina; resección de 5 ctms. de la 8ª costilla sobre la línea axilar posterior; se observan a través de la pleura parietal gruesas adherencias que unen el órgano a la pared. Se incinde ampliamente el parénquima pulmonar (previa punción positiva), y a poca profundidad se entra en una cavidad quística que da gran cantidad de líquido cristal de roca; se extrae la membrana parasitaria y se refuerzan las adherencias de la periquística, con puntos separados, a la pared costal. Se deja drenaje con tubo.

Abril 1|1922. — Después de varios días de temperatura normal vuelve en la fecha a tener 38º. La supuración persiste en regular cantidad.

Mayo 24|1922. — Fué dado de alta con la herida cicatrizada. El pulmón operado respiraba perfectamente.

OBSERVACION Nº 62.

Nombre, M. L. R. — Edad, 12 años. — Sexo, femenino. — Año 1922.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Un hijo vive y uno muerto, se ignora la causa. No hay abortos.

Antecedentes personales. — Ha tenido trastornos gastro-intestinales. Ha tenido sarampión hace diez años. Tos convulsa hace nueve años. Niña nacida a término.

Enfermedad actual. — Hace aproximadamente un año que tuvo, al decir de la madre, congestión pulmonar y que mejorada de esta le quedó una pleuresía del lado izquierdo. Desde entonces hasta ahora tiene como único síntoma tos seca, la cual aparece siempre durante el día; hace dos meses, sin embargo, la niña tuvo esputos hemoptoicos que duraron quince días, permaneciendo, no obstante, apirética. Hace una semana que la enferma sufre una emoción y tiene, siempre, según la madre, un "ataque al corazón"; en él, y habiéndose puesto la niña nerviosa, sufre un acceso de tos, se le llena la boca de agua y de sangre y tiene una ligera lipotimia; este estado se acentúa aun más y sobreviene gran palidez, taquicardia y vómitos constantes de un líquido sanguinolento; a cada golpe de tos la niña emite nuevas bocanadas. De esto, sin embargo, se repone y a los tres días aparece una urticaria que dura cuarenta y ocho horas. Hace tres días que la enferma está perfectamente bien, sin tos, ni expectoración.

Estado actual. — Niña en buen estado general y en regular estado de nutrición. Escaso panículo adiposo; buena conformación esquelética y piel blanca, lisa y elástica. Cráneo bien conformado. Buen desarrollo piloso. Cara simétrica; meji-

llas bien coloreadas. Boca normal, con dientes bien implantados; amígdalas un poco hipertrofiadas. Cuello cilíndrico; no se palpan ganglios. Tórax en general bien conformado; hay, sin embargo, bifidez de la apófisis espinosa en la 11ª vértebra dorsal. Vibraciones vocales normales.

La percusión revela, por detrás, una pequeña submacisez en ambas bases. La auscultación enseña una disminución del murmullo vesicular en la base izquierda.

El abdomen se presenta flácido y por la palpación no se toca ni bazo, ni riñones. El borde inferior del hígado se palpa a dos centímetros por debajo del reborde costal. Los miembros son normales; algo rugosas, sin embargo, las crestas tibiales.

Reacción de Imaz-Lorent. Positiva.

Un examen de esputos practicado, antes de su ingreso en el Servicio, ha dado escasos ganchos de equinococus y ausencia de bacilos de Koch. Después de un mes de observación y de tratamiento general, la enferma solicita el alta.

Dos meses más tarde, vuelve a ingresar al Servicio, por cuanto en un acceso de tos expulsó un cuerpo redondo, membranoso y blanco, que puesto en alcohol se contrajo como un pellejo grueso y que luego pasado al agua se ha disgregado en pequeños fragmentos con todo el aspecto de una membrana hidatídica. La enferma refiere que tiene pequeñas hemóptisis cuando corre y que diez días antes en un acceso de tos expulsó la membrana referida; según ella, el tamaño de esta membrana era el de una mandarina. Un nuevo examen físico muestra en la base del pulmón izquierdo, en la línea axilar, aumento de vibraciones, disminución del murmullo vesicular y un soplo cavernoso expiratorio. El examen del hígado enseña que su borde superior está al nivel del 5º espacio y que el borde inferior sobrepasa dos traveses de dedo el reborde costal. La superficie del hígado es regular, no tumoral. Diez días después, durante los cuales la enferma permanece en cama, solicita nuevamente el alta. Su estado general es bueno. No hay hemóptisis, ni tos.

Reingresa por segunda vez al Servicio, cinco meses después. La madre de la enferma manifiesta que desde quince días atrás la niña sufre de palpitaciones y otra vez de abundante expectoración sanguinolenta.

Un nuevo examen físico demuestra que la enferma conserva un estado general bueno y que no hay temperatura.

A la inspección, en el examen del aparato respiratorio, no se nota nada de particular. A la palpación, se observa una ligera disminución de la excursión respiratoria en el lado izquierdo así como la abolición de las vibraciones vocales. En el mismo lado izquierdo, desde la espina del omóplato hasta casi la base, por la percusión, se reconoce una submacisez en la base y una macisez absoluta a la altura del ángulo del omóplato. Por la auscultación, se escucha respiración fuerte en el vértice de este pulmón hasta el ángulo del omóplato, pero a partir de dicho ángulo hasta la base, se nota poca entrada de aire y abolición del murmullo vesicular. El examen del pulmón derecho no muestra nada anómalo.

Una nueva reacción de Ghedini resulta positiva débil.

El examen de orina es normal.

Examen de sangre: Glóbulos rojos, 3.760.000. Glóbulos blancos, 9.200. Relación globular, 1 × 408. Polinucleares, 68 %. Linfocitos, 30 %. Mononucleares, 3 %.

El examen de los esputos muco-purulentos muestra leucocitos y glóbulos de pus; regular cantidad de diplococos y estafilococos. No hay bacilos de Koch, ni ganchos de equinococus.

Julio 14|1923. — Operación: Incisión al nivel de la 8ª costilla izquierda, se reseca un fragmento y al abrir la pleura se nota que no hay adherencias y que el quiste se encuentra al nivel del borde inferior del lóbulo superior del pulmón. Se fija el borde inferior, que corresponde al quiste, al extremo superior de la herida y el borde superior del lóbulo pulmonar inferior al extremo bajo de la incisión. Se hace el arpona-

miento del pulmón sin punzar porque se teme infectar la pleura. La punción e incisión se dejan para un segundo tiempo. Se colocan gasas y no se sutura la incisión. Tres días después se vuelve a intervenir; en este segundo tiempo se incinde el quiste y se extrae una membrana germinativa supurada y que al distenderla muestra tener el tamaño de un huevo de avestruz. Se drena la cavidad con gasas.

Octubre 8|1923. — Se da de alta, curada.

OBSERVACION Nº 63.

Nombre, J. F. — Edad, 14 años. — Sexo masculino. — Año 1924.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Madre muerta de una afección hepática. El padre es asmático. Tiene otros dos hijos sanos; dos murieron: uno recién nacido, el otro a los tres años, ignorándose la causa.

Antecedentes personales. — Fuera del sarampión sufrido hace dieciocho días, el niño fué siempre sano.

Enfermedad actual. — Estando en plena erupción del sarampión, apareció un dolor en la base del hemitórax, exacerbado por la tos y las inspiraciones profundas; la tos, seca en un principio, se acompañó después de expectoración amarillo-verdosa. Continuó con fiebre hasta hace cinco días. Perdió el apetito; está constipado. No dan más datos de interés.

Estado actual. — Niño pálido, enflaquecido; no han aparecido aún signos de pubertad. Cráneo dolicocéfalo, con marcada saliencia de las eminencias frontales y de la occipital. Pequeños ganglios del cuello, axilas e ingles.

El examen del tórax muestra un rosario costal raquítico.

El tórax está dolorido y este dolor, que es espontáneo, se exacerba por la tos, por las inspiraciones profundas y la presión en la base del hemitórax derecho. No hay disnea, pero hay tos en accesos y con esputos muco-purulentos. La excursión respiratoria está disminuida a la derecha. La percusión acusa macisez y dureza en el hemitórax derecho, desde la punta del omóplato hasta la extrema base. En la misma zona la entrada de aire está francamente disminuida, llegando casi a la abolición completa. En las inspiraciones profundas se auscultan rales crepitantes y frotes pleurales. El resto de la superficie pulmonar no acusa nada de particular.

El examen del aparato circulatorio muestra una área cardíaca dentro de sus límites normales. Tonos normales en sus focos. Pulso regular, igual, hipotenso, 85 pulsaciones por minuto.

El examen del abdomen muestra que es indoloro y escacavado. No se palpa hígado, ni bazo.

Por parte del sistema nervioso, nada de particular.

Septiembre 28. — Se hace una punción de pleura, extrayéndose 2 c.c. de líquido turbio, cuyo análisis da: Polinucleares neutrófilos, 76 %. Linfocitos, 10 %. Células endoteliales, 14 %. Ausencia de bacilos de Koch, y otros gérmenes. Albúmina, 64 %. Rivalta positiva.

Tres reacciones tuberculínicas (Mantoux) resultaron negativas.

Septiembre 30. — La macisez del hemitórax derecho se ha intensificado, dando la impresión de que el líquido hubiese aumentado. Hoy no se auscultan ruidos sobreagregados, tampoco hay soplo, egofonia, ni pectoriloquia áfona. La punción deja extraer unos 5 c.c. de líquido sero-sanguinolento. El niño está en apirexia desde su ingreso, salvo dos pequeñas elevaciones a 37,3°.

Octubre 4. — Continúa en apirexia. La macisez es franca desde la punta del omóplato hasta la base; hay silencio res-

piratorio en esta zona; el niño acusa dolor al mismo nivel, dolor que se intensifica en las inspiraciones profundas.

Octubre 7. — Una nueva punción pleural permite extraer 20 c.c. de líquido sero-fibrinoso, cuyo examen acusa: Polinucleares neutrófilos, 59 %. Eosinófilos, 10 %. Células endoteliales, 16 %. No se observan gérmenes. Los cultivos permanecen estériles.

Octubre 16. — Persisten signos de derrame: macisez desde la punta del omóplato hasta la base, abolición de las vibraciones vocales y de la entrada de aire al mismo nivel. Una radiografía obtenida acusa una sombra difusa, uniforme, abarcando desde la base hasta la unión del tercio superior con el tercio medio del hemitórax derecho. Hoy se extraen 5 c.c. de líquido turbio, cuyo análisis da: Linfocitos, 56 %. Polinucleares neutrófilos, 38 %. Células endoteliales, 6 %. No se observan gérmenes.

Examen de la sangre: Glóbulos rojos, 3.900.000. Glóbulos blancos, 11.093. Granulocitos neutrófilos, 53 %. Eosinófilos, 4.33. Monocitos, 10.66 %. Linfocitos, 32 %. Numerosísimas plaquetas. Hematíes normales.

Reacción de Imaz-Lorentz, negativa. Intradermo reacción de Casoni, negativa. Wasserman, negativa.

Noviembre 20. — Las condiciones físicas del hemitórax derecho permanecen invariables. Desde hace una semana elimina, sobre todo por la mañana al despertar, una expectoración sanguinolenta de aspecto de grosella, adherente a la salivera. Por lo demás, el estado general es perfectamente satisfactorio: no tiene fiebre, se alimenta bien, ha aumentado 4 kilos (31,240 al ingreso, 35,060 el 9 del actual).

Noviembre 21. — No se observan en los esputos espiroquetas de Castellani.

Noviembre 25. — La sonoridad es mejor; la macisez absoluta solo persiste en la extrema base, se percibe entrada de

aire aunque muy atenuada. No hay ruidos sobreagudos. Una nueva punción pleural, efectuada hoy, resultó blanca.

Noviembre 26. — De alta, con recomendación de traerlo dentro de 20 días para observar la evolución del proceso. Peso de ingreso, 31,240; de egreso, 35,800.

Diciembre 23. — Examinado hoy nuevamente, los fenómenos físicos permanecen en las condiciones anotadas el 25 de noviembre; el estado general se mantiene muy bueno. Persiste ligera tos. Se pide una radiografía y esta enseña que en la base derecha desapareciendo la sombra difusa del derrame, se va diseñando una sombra redondeada como de hidátide.

Julio 7|1925. — Reingresa al Servicio. Desde que fué dado de alta ha continuado con tos bastante intensa, acompañada de expectoración muco-purulenta y a veces teñida de sangre.

Un análisis de esputos hecho en el Laboratorio central (junio 23) acusaba abundantes neumococos y ausencia de Koch. No ha tenido dolores torácicos, ni otras molestias que su tos persistente. No ha tenido fiebre, conserva el apetito y un excelente estado general. Persiste la submacisez en la base derecha, con entrada de aire ligeramente disminuida. No hay ruidos sobreagregados. Observado en la sala, no ha tenido nunca fiebre. Un nuevo examen de esputos (julio 8), acusa: escasos neumococos y micrococus catarralis. No se observan Koch.

Se hizo ayer (julio 10) una nueva intra-dermo reacción de quiste que, a los pocos minutos, dió una pápula roja que fué aumentando de tamaño hasta hacerse enorme y que hoy (julio 11) conserva sus caracteres de franca infiltración con enrojecimiento de la piel. Es de notar que la reacción anterior fué completamente negativa.

Examen de sangre: Glóbulos rojos, 4.500.000. Glóbulos blancos, 7.363. Polinucleares neutrófilos, 61 %. Eosinófilos, 1 %. Basófilos, 0,66 %. Reacción de Ghedini: positiva. La primera reacción fué negativa.

Septiembre 8. — El enfermo, que había sido dado de alta para proseguir la observación en el consultorio externo, es examinado nuevamente. Continúa con pequeñas hemóptisis diarias; se queja de dolores intermitentes en la base del hemitórax derecho. El examen clínico demuestra disminución franca de la sonoridad en esta base, con menor entrada de aire, sin otros fenómenos auscultatorios. La radioscopía demuestra una sombra redondeada, del tamaño de una mandarina grande, de contornos redondeados, que en las inspiraciones profundas se separa netamente del hemidiafragma correspondiente. Esta sombra es más nítida en posición dorsal que en frontal.

Septiembre 14. — Se obtiene una nueva radiografía que demuestra una sombra concordante con la radioscopía.

Septiembre 16. — Intervención. Prof. Dr. Susini y Dr. Serfaty.

Posición a caballo sobre la mesa, apoyándose la cabeza sobre almohadas colocadas delante. Se le inyecta ½ c.c. de Pantopon. Anestesia local con novocaina en la zona de las costillas 7ª y 8ª, línea axilar posterior, y rebordes de los músculos vertebrales. Se reseca la 8ª costilla, se palpa y no se observa nada de anormal en el área puesta al descubierto; se punza en el ángulo súpero-interno de la misma y a 2 ctms. de profundidad se choca con una masa dura indeterminada, que no se atraviesa con la aguja de punción. Se reseca la 7ª costilla y se punza en la parte media, chocándose nuevamente con la masa dura que en esta ocasión se logra perforar con la aguja, atravesándose un espesor de unos 2 ½ ctms. Se aspira y se extrae pequeña cantidad de líquido amarillo, turbio, con algunos grumos. Sobre la aguja en posición se desliza la lámina del bisturí, atravesándose una pared dura, lardácea y espesa, llegándose a una cavidad del tamaño de una naranja, ocupada por una membrana de quiste hidatídico fragmentada, deshecha, muerta, y con pequeña cantidad de líquido turbio.

Se extrae la membrana con pinza larga y un acceso discreto de tos facilitó su salida total y la limpieza de la cavidad que sangra un poco. Se tapona con gasas y se estrecha la herida cutánea. El enfermo soportó admirablemente la intervención.

La herida cierra sin incidencias. Observado el enfermo, en dos ocasiones, en los meses de octubre y noviembre, se le encuentra perfectamente, en buen estado general y sin trastornos de ninguna especie.

OBSERVACION Nº 64.

Nombre, C. V. — Edad, 10 años. — Sexo, femenino. — Año 1921.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Tiene cuatro hermanos vivos y uno muerto; hay un aborto anterior al nacimiento de la niña.

Antecedentes personales. — Ha tenido sarampión y coqueluche. Ha padecido también de bronquitis.

Enfermedad actual. — Esta comenzó hace varios meses con enflaquecimiento, disnea y dolores espontáneos en el lado izquierdo del tórax.

Estado actual. — Niña bien constituída. Mal estado de nutrición; escaso desarrollo muscular y adiposo. Piel y mucosas anemiadas.

En la cabeza y cuello no se nota nada anormal. El examen del tórax muestra que es asimétrico, pues, si bien, el lado derecho es normal, el lado izquierdo se presenta globuloso en la parte que corresponde a la región precardíaca; en este sitio, en efecto, los espacios intercostales se hacen muy mani-

fiestos tanto por el enflaquecimiento cuanto por la separación de las costillas; se observa también red venosa subcutánea. Por la palpación se nota que no existe choque cardíaco directo sinó que es transmitido; el corazón está desplazado hacia la derecha y su punta late en el 4º espacio intercostal derecho. Auscultando se oyen tonos apagados y un soplo al parecer tricuspídeo. No se observan, sin embargo, signos de insuficiencia que repercutan sobre los vasos del cuello. La auscultación del pulmón derecho, así como la percusión y palpación, demuestra sonoridad y vibraciones aumentadas. Su base es sonora y móvil.

En el pulmón izquierdo, por la percusión, se obtiene una submacisez en casi toda la extensión. Las vibraciones están casi abolidas. Por la auscultación se siente un soplo tubario y un murmullo vesicular alejado. La submacisez, por delante, en el vértice y región axilar, se torna en una macisez franca, donde las vibraciones están totalmente abolidas. Espacio de Traube libre.

Operación: Anestesia local. Resección de la 5ª costilla sobre la línea axilar media. El quiste adherido a la pared; se abre y se drena. Tres días después la niña fallece.

Autopsia: Pleuresía purulenta izquierda. Atelectasia del pulmón izquierdo. Congestión y edema del pulmón derecho. Hepatomegalia. Hígado moscado. Esplenomegalia. Bazo infeccioso. Nefritis parenquimatosa aguda. Congestión meningea y cerebral. Válvulas sigmoídeas fenestradas. Cavidad dejada por una hidátide en el lóbulo superior del pulmón izquierdo.

OBSERVACION Nº 65.

Nombre, N. N. — Edad, 9 años. — Sexo, masculino. — Año ?

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Se ignoran.

Antecedentes personales. — Se ignoran.

Estado actual. — El enfermo padecía y fué asistido por una linfadenia. Su hidátide no dió síntomas que permitieran diagnosticarla.

La autopsia demostró la existencia de un quiste hidatídico, limpio, sin vesículas hijas, situado en el pulmón derecho.

No hay más datos.

OBSERVACION Nº 66.

Nombre, J. P. — Edad, 10 años. — Sexo, femenino. — Año 1923.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Padres y hermanos sanos. Un aborto.

Antecedentes personales. — Criada a pecho durante un año y medio. Tuvo sarampión a los dos años y pulmonía del lado derecho, hace tres meses.

Enfermedad actual. — Comenzó hace tres meses con fiebre alta y una puntada de costado en el lado derecho. Se le hizo diagnóstico de neumonia. Siguió hasta la fecha con poca fiebre, quejándose siempre de un dolor en el lado derecho del

tórax. Ha tenido tos y casi todas las mañanas expectora un poco de sangre.

Estado actual. — Buen esqueleto; poco panículo adiposo, palidez general, mucosas sanas; cicatrices traumáticas en las piernas. El examen del aparato circulatorio muestra un corazón normal. Taquicardia, 120 pulsaciones por minuto. El examen del aparato respiratorio no da mayores síntomas. Sin embargo, al toser, ha expectorado como seis gotas de sangre líquida con dos coágulos, casi nada aereados, no pudiéndose establecer, con seguridad, si en realidad ha habido hemóptisis. En el examen bucal y faringoscópico no se hallan restos de sangre. En el examen pulmonar se oye, por delante, inspiración ruda y expiración prolongada. No hay dolores ni temperatura. Buen apetito. Ligera angina derecha con poco exudado.

El examen del abdomen no enseña nada de anormal.

Después de tres semanas de observación y ante la inseguridad del diagnóstico, se acude a los rayos X. La radioscopía muestra un quiste hidatídico del pulmón derecho.

Un nuevo examen físico enseña: buen estado general. En el examen del aparato respiratorio se tiene por delante inspiración ruda y expiración soplante. Por detrás, submacisez y menor entrada de aire en la base derecha. Estos antecedentes proceden del Servicio de clínica médica, de donde nos es remitida la enferma. En lo que al examen de la niña se refiere, no hay nada que agregar, sino hacer resaltar solamente, la poca intensidad de los fenómenos clínicos recogidos. En cuanto a los antecedentes de la enferma, la niña hace remontar su dolor inicial en el hipocondrio derecho a ocho meses atrás y a siete meses su primera hemóptisis matutina. Según ella, solamente tenía hemóptisis por la mañana y cuando por la carrera se sofocaba.

Reacción de Wasserman, negativa. Reacción de Imaz-Lorent, positiva. Una placa radiográfica obtenida, muestra neta una sombra de hidátide en la base del pulmón.

Mayo 29|1923. — Operación: Anestesia clorofórmica. Mantinénese a la enferma con reflejos a objeto de prevenirse de un posible vaciamiento del contenido quístico de los pulmones, por ruptura dentro del árbol bronquial. Al nivel de la 7ª costilla, y sobre la línea axilar media, se hace una incisión de 8 ctms. en el sitio en que, clínica y radiológicamente, se presume que el quiste está más próximo a la pared. Se incinden los diversos planos, y al deperiostar la cara interna de la costilla, inadvertidamente se hace un desgarro de la pleura parietal, según lo advierte el resoplido característico de este accidente. La enferma tolera este contratiempo sin mayores dificultades. No hay disnea, ni cianosis. Agrandando la brecha pleural, se reconoce la cavidad. El pulmón ascendido parece mantener algunas adherencias con la pared toráxica anterior. Se arponea una lengüeta pulmonar, que corresponde probablemente al lóbulo medio y con un punto de catgut se la fija al labio superior de la herida. Con una jeringa Lüer se punza el pulmón por delante y arriba del sitio donde el órgano parece fijado a la pared. Se retira líquido cristal de roca. Con una pinza de Kocher se toma el parénquima, en el sitio de la punción y con catgut se le fija a la herida; incíndesele con bisturí y se da salida a una membrana del tamaño de una naranja y con restos de líquido turbio. La membrana que ha perdido su color blanco nacarado peculiar, se presenta con un ligero exudado purulento. Se seca la cavidad periquística, no comprobándose comunicación alguna bronquial. Se drena con gasas secas.

Junio 7|1923. — Asciende la temperatura a 39º.

Junio 8|1923. — Se suministran 8 gotas de digitalina, por la taquicardia. (130 pulsaciones).

Junio 16|1923. — El estado general de la niña es grave. Está un poco demacrada y la taquicardia resiste a la digitalina empleada diariamente (40 gotas hasta hoy).

Junio 18|1923. — Aceite alcanforado 5 c.c.

Junio 20|1923. — Aceite alcanforado 5 c.c. La temperatura persiste por las tardes.

Junio 23|1923. — A 2 ctms. por debajo y detrás de la incisión practicada anteriormente, se introduce una aguja con objeto de explorar el contenido de la pleura. Al transpasar la pleura se siente la aguja penetrar en el vacío, lo que confirma la succión practicada con la jeringa. Al finalizar la operación salen 2 ó 3 gotas de pus. Esta punción se verificó, porque a pesar de haber sonoridad y soplo a la auscultación, el tipo de la temperatura (en aguja) permitía suponer la presencia de un proceso pleural supurado.

Junio 25|1923. — Un examen radiográfico efectuado en esta fecha, permite ver la falta de continuidad de la 7ª costilla, a la cual aboca una sombra espesada (el pulmón fijado al borde de la herida). Por encima se comprueba la opacidad del pulmón. Alrededor y hacia abajo de la zona de la incisión hay un espacio vacío; el seno costo-diafragmático, ocupado también por una sombra.

Junio 26|1923. — Punción en el 8º espacio. Se practica una nueva punción, percibiéndose menor sensación de entrada a cavidad con aire, pero sacándose solamente una gota de pus.

Julio 2|1923. — En las curaciones diarias salen unos 10 c.c. de pus cremoso, bastante fluído y con restos grumosos.

El examen bacteriológico señala: abundantes hematíes, gran cantidad de polinucleares, muchos de ellos con carcteres de pus. Cocos y diplococos.

Julio 7|1923. — Exploración de la cavidad. Bajo anestesia clorofórmica, se introduce el dedo reconociéndose, sin dificultad, toda la cavidad quística, no encontrándose en ella ninguna novedad. Pero hacia la parte inferior de la cavidad se comprueba una brida de tejido que, a modo de tabique, separa la cavidad quística de la cavidad pleural, lo que dificulta el drenaje de esta última.

Julio 9|1923. — Continúa manando pus de la cavidad inferior o pleural.

Julio 15|1923. — Estado general muy mejorado, la cavidad quística se está cerrando. Todavía hay bastante pus en la cavidad pleural. Se alimenta bien.

Septiembre 2|1923. — Después de supurar bastante la herida, casi ha cicatrizado completamente. Finalmente queda un corto y fino trayecto fistuloso.

Septiembre 26|1923. — De alta, curada.

OBSERVACION Nº 67.

Nombre, A. P. — Edad, 7 años. — Sexo, femenino. — Año 1924.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos y sanos. Tiene cuatro hermanos sanos. No hubieron abortos.

Antecedentes personales. — Niña nacida a término; fué criada a pecho durante ocho meses; ha tenido sarampión hace cuatro meses. La niña sufre, desde hace dos años, de una puntada intermitente en el tórax, a la izquierda. Hace un año y medio, tuvo un padecimiento pulmonar que el médico que la asistió clasificó como pleuresía, aunque no la punzó por no creerlo necesario; esta curó, dicen, sin dificultad, pero según manifiestan los padres, la niña nunca estuvo del todo bien a partir de dicha presunta pleuresía.

Enfermedad actual. — Comenzó hace quince días, manifestándose solamente por varias pequeñas hemóptisis y por tos seca y frecuente.

Estado actual. — Niña en buen estado de nutrición,

panículo adiposo discreto; buen desarrollo óseo y muscular; piel sana y mucosas bien coloreadas; no hay adenopatías. La cara y la cavidad bucal no presentan anormalidades. Los tonos cardíacos son normales y la punta se palpa en el 5º espacio intercostal a la altura de la línea mamaria. La macisez cardíaca tiene sus dimensiones normales y no se halla trasladada.

El tórax es de simetría normal. La percusión de los pulmones da, por detrás, una submacisez en el pulmón izquierdo que comienza al nivel del ángulo inferior del omóplato y que se extiende hasta la base del pulmón; en el sentido horizontal, esta disminución de la sonoridad, se extiende desde cerca de la línea de las apófisis espinosas hasta una línea que pasa por el vértice de la axila. La entrada de aire en esta zona del pulmón izquierdo y el derecho no revelan particularidades dignas de mención.

El examen del abdomen lo muestra ligeramente globuloso y elástico. No se palpa bazo; el borde del hígado sobrepasa en 1 ctm. el reborde costal.

La radioscopía, muestra que la sombra cardíaca está reforzada al nivel de la punta por una sombra oval bien mate, del tamaño un poco mayor al de un huevo de gallina. Con el fin de localizar en el plano ántero-posterior, la sombra citada, se coloca a la niña de perfil y se nota, entonces, que la opacidad se encuentra situada inmediatamente por detrás del corazón y que tiene todos los caracteres que corresponden a los quistes hidatídicos del pulmón. Todos estos datos, obtenidos en los exámenes radioscópicos, llevan a la conclusión de que se trata de un quiste hidatídico del lóbulo inferior izquierdo del pulmón y colocado detrás del corazón. Se obtienen placas radiográficas.

Reacción de Ima-Lorentz, positiva. Reacción de Wasserman, positiva débil. Reacción de Mantoux, negativa.

Análisis de orina, normal.

Análisis de sangre: Hemoglobina, 64 %. Glóbulos rojos,

2.820.000. Glóbulos blancos, 13.200. Neutrófilos, 84 %. Relación globular, 1 × 213. Valor globular, 1 %. Linfocitos, 15 %. Mononucleares, 1 %.

Agosto 14|1924. — Operación: Anestesia etérea no profunda; posición semi-sentada. Se reseca la 7ª costilla, al nivel de la línea axilar posterior, y en una extensión de unos 5 ctms. Extirpado el trozo costal y observado a través del periosto y de la pleura parietal, se nota que en ese sitio las pleuras están adheridas, pero no en mucha extensión, por cuanto en el extremo vertebral de la incisión se ve deslizar el pulmón; se efectúa una primera punción con una aguja larga como de 8 ctms., punción perpendicular; se retira la aguja aspirando con la jeringa, sin obtener líquido alguno; llama ya la atención la resistencia que opone el parénquima pulmonar a una profundidad de 3 a 4 ctms.; la resistencia es tal que da la impresión que se llega a un block fibroso o cartilaginoso, siendo necesario un esfuerzo para atravesarlo con la aguja. Punciones como esta descrita, fueron practicadas como 15 en todas direcciones; únicamente se obtuvo en una de ellas, profunda, una pequeña gota de pus.

No habiéndose obtenido indicio alguno, que dirigiese una incisión pulmonar hacia un foco que no se pudo precisar, se suspende la intervención. Se toca con tintura de yodo toda la herida operatoria, se suturan con catgut los intercostales y con seda la piel.

Agosto 19|1924. — Post-operatorio. No han habido vómitos. Temperatura de 38º a 38,5º. No hay signos pulmonares perceptibles a la auscultación.

Agosto 23|1924. — Se sacan los puntos; la herida operatoria ha cerrado por primera. Hay ligera fiebre vespertina de 37,5º.

Septiembre 12|1924. — La enferma continuó bien; solo tenía un poco de tos y algunos picos, en su cuadro térmico, de 37,5º cada 3 ó 4 días.

Por la noche, a las 19 horas, la enferma tiene un acceso de tos acompañado de un poco de fatiga, pero sin cianosis, seguido de la expectoración de un trozo de membrana blanquecina que tiene todos los caracteres de la membrana germinativa hidatídica. En el producto expectorado no se observa vesículas hijas, siendo esta membrana un trozo desgarrado de una membrana germinativa del tamaño de una mandarina. La temperatura es de 37,5º.

Al día siguiente la niña es examinada en la pantalla; en el pulmón izquierdo se observa, en el lugar ocupado por la hidátide, y a pesar de la oscuridad producida por la sombra cardíaca, la presencia de un quiste que tiene por envoltura una zona del pulmón esclerosado en un grosor de 1 ctm.; la parte superior de la cavidad quística es transparente, pues está ocupada por aire; en cambio, la parte inferior está ocupada por líquido, que se desplaza y produce ondas en su superficie al hacer toser a la niña; esta zona es opaca. La cavidad quística tiene un tamaño aproximado de un pequeño huevo de gallina.

Septiembre 23|1924. — En la expectoración de estos últimos días han aparecido aún tres pequeños trozos de membranas germinativa. No se reconocen vesículas hijas.

Octubre 18|1924. — La expectoración ha disminuido en cantidad, notándose solamente en algunos esputos un tinte rosado. Llama la atención que desde el día en que el quiste se abrió hay una ligera temperatura. Con el descenso, que ha durado aproximadamente una semana, la expectoración y la tos han disminuido.

Octubre 26|1924. — Buen estado general. Una radioscopía obtenida, muestra que la sombra del quiste ha casi desaparecido, así como también la del neumo-quiste que se obtuvo al día siguiente de la vómica.

Noviembre 2|1924. — De alta, curada.

OBSERVACION Nº 68.

Nombre, M. A. U. — Edad, 10 años. — Sexo, femenino. — Año 1924.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Dos hermanos sanos. No ha habido abortos.

Antecedentes personales. — Niña nacida a término. Lactancia materna nueve meses. Teniendo un año sufrió de coqueluche, de la cual curó perfectamente. Ha padecido también de congestión pulmonar y de pleuresía.

Enfermedad actual. — Hace tres meses — según refiere la madre — comenzó su enfermedad actual con dolores de oidos y conjuntivitis; pocos días después — según manifestación de la niña — sintió una puntada en el lado derecho del tórax, puntada que se propagaba hacia atrás y que se acompañaba de fatiga y tos seca. Refiere, también, que entonces tuvo fiebre y sudores acompañando a todo esto algunos trastornos gastro-intertinales. Desde entonces enflaquece y se siente decaída.

Estado actual. — Regular estado de nutrición; panículo adiposo más bien escaso. Piel blanca y velluda. Esqueleto y musculatura grácil, conjuntivas bien coloreadas; pestañas largas y arqueadas. Pupilas iguales, reaccionando a la luz y a la acomodación. Boca y dientes normales; lengua húmeda ligeramente saburral. Cuello normal, sitio, sin embargo, de una micropoliadenopatía. Columna vertebral normal. El tórax examinado por detrás, se muestra regularmente conformado; la columna vertebral rectilínea no presenta desviación ni alteración de ninguna especie. El examen del tórax, por delante, ofrece una ligera saliencia al nivel de la línea axilar derecha

y abarcando la 6ª y 7ª costillas. El tipo respiratorio es costo-abdominal con predominio torácico. La sonoridad pulmonar, a la percusión, normal en ambos lados; las vibraciones vocales si bien normales en el lado izquierdo, están ligeramente disminuidas en el lado derecho.

Por la auscultación se siente en ambos lados respiración vesicular; en el lado derecho se nota una menor entrada de aire. El corazón normal a la percusión y auscultación; choque de la punta en el 4º espacio intercostal. Tonos normales en los cuatro focos. Pulso de regular tensión, igual. (78 latidos por minuto).

El abdomen aplanado permite una palpación profunda por la que no se despierta dolor ni se encuentra nada anormal. El hígado, hacia abajo, se percute en sus límites normales; hacia arriba y por la percusión profunda, da lugar a una submacisez que se extiende hasta el nivel de la 4ª costilla. A la percusión superficial, en cambio, el borde superior del hígado comienza más abajo, al nivel del 7º espacio intercostal. El examen del sistema nervioso no muestra nada anormal.

El examen de la orina es igualmente normal.

Reacción de Imaz-Lorentz, positiva.

El examen radiográfico demuestra la existencia de una sombra clásica de hidátide alojada en la base del pulmón derecho.

Operación: Con anestesia local se efectúa una incisión de 10 ctms. al nivel de la 8ª costilla, en la línea axilar media derecha; incindida la piel y el tejido celular subcutáneo, se practica una costotomía. Las pleuras adheridas a ese nivel se incinden y previa punción positiva, se abre la cavidad de un quiste que da salida a una membrana germinativa sana y abundante líquido cristal de roca. Se seca la cavidad y se drena con gasas y un tubo de goma.

Dos días después de la intervención, la temperatura se eleva a 38,3º. Se cura diariamente, habiendo una supuración discreta.

A los siete días de la operación la temperatura aún se mantiene y aparece una urticaria localizada en el tórax y abdomen. Se le administra magnesia. Posteriormente la temperatura declina poco a poco, aunque la herida sigue supurando.

Un mes y medio después de su intervención la herida cierra. En muy buenas condiciones es dada de alta.

OBSERVACION Nº 69.

Nombre, P. R. — Edad, 7 años. — Sexo, femenino. — Año 1924.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Cuatro hijos vivos. Uno muerto.

Antecedentes personales. — Sarampión hace dos años. Difteria hace un año.

Enfermedad actual. — Comenzó hace un mes con fiebre, tos, expectoración, resfrío, sudores y así ha continuado hasta ahora con ligeras variaciones; ha enflaquecido notablemente.

Estado actual. — Bien constituída. — Regular estado de nutrición. No hay palidez de mucosas; tiene tos quintosa, húmeda, expectoración esputos purulentos y ligados. Panículo adiposo escaso. Tiene en el hemitórax izquierdo, por delante, cicatrices viejas de quemaduras. El examen del tórax, a la inspección, muestra que el lado derecho es más saliente y abovedado que el izquierdo; los espacios intercostales menos pronunciados, lo mismo que la excursión respiratoria. A la palpación se percibe transmisión de un frote. Por la percusión se nota sonoridad y skodismo desde el vértice hasta cerca de

la base del pulmón derecho. En la base la sonoridad es normal. En toda la extensión del pulmón izquierdo hay sonoridad exagerada, vicariante. Por la auscultación en el pulmón derecho, por detrás, la inspiración y expiración ruda en toda la altura, soplante en el híleo; el pulmón izquierdo, por detrás, respiración pueril. En la región axilar derecha hay inspiración ruda muy arriba y expiración soplante más abajo. Examinados por delante los pulmones y por la auscultación, se observa que hay respiración pueril en el izquierdo, mientras que en el derecho es ruda cerca del esternón y soplante y con ligero anforismo cerca del vértice, sitio donde se oye uno que otro ral consonante. El examen del corazón muestra que la punta late en el 5º espacio a un través de dedo por dentro de la tetilla. Tonos normales. El abdomen tenso y timpánico.

El examen de esputos no revela scolex ni ganchos.

Reacción de Imaz-Lorentz, positiva.

Examen radiográfico y radioscópico. Es con el objeto de poder apreciar, aún en sus más mínimos detalles, las imágenes radiográficas, que se somete a esta enfermita a una serie de pruebas mediante los rayos X. Dado que en el examen clínico y las pruebas de laboratorio. no obstante una reacción de Imaz-Lorentz positiva, no dan una certeza absoluta acerca de la naturaleza equinocóccica de la afección (ausencia de scolex o ganchos en los productos expectorados), se pretende radiográfica y radioscópicamente poder diferenciar el quiste hidatídico abierto y supurado del pulmón, que es el proceso que se supone en esta enferma, de la pleuresía enquistada y abierta que es también un diagnóstico de probabilidad en este caso.

El estudio de las sombras obtenidas varían fundamentalmente según que la radiografía se efectuara en posición vertical o en posición horizontal; la cavidad pulmonar ocupada en parte por líquido y aire o gas, en su conjunto tiene, radiográficamente, la forma de un cesto; la parte infe-

rior, y que corresponde al sitio donde el líquido está sedimentado, aparece bajo la forma de una "semi-luna" análoga a la que en un cesto común representa la parte contienente; la parte superior, semi-lunar también, y que corresponde al sitio donde el líquido debió existir antes, y ahora no existe, se presenta como una zona clara y vacía, limitada hacia arriba por una zona oscura, cóncava hacia abajo, que en la comparación que se ha establecido representa el asa de sostén del cesto.

En la radiografía en posición horizontal la imagen se presenta de otra manera. El líquido que ocupa la cavidad, extendido sobre la pared dorsal, da lugar radiográficamente a una sombra difusa que se extiende desde uno a otro extremo de la cavidad, sombra en la cual no es posible diferenciar una parte líquida y una parte gaseosa como en la radiografía anterior. Observando, con atención, la zona difusa que representa el contenido líquido extendido en débil napa, puede notarse, en esa radiografía, que en ciertas partes la sombra se refuerza como si en el producto líquido hubiese algo que aumenta su opacidad.

Si únicamente por estas dos radiografías obtenidas, haciendo abstracción de todo otro elemento de juicio, se hubiera de hacer diagnóstico en el presente caso, se diría que se trata de un quiste hidatídico supurado y abierto en un bronquio del pulmón derecho. La interpretación radiográfica sería la siguiente: en la radiografía vertical la zona semi-lunar oscura representa los restos del líquido, pus y membrana de la hidátide; la zona, igualmente semi-lunar, situada inmediatamente por encima representa la cámara gaseosa o de aire mantenida por su comunicación bronquial. El límite oscuro, o asa del cesto, está dado por la esclerosis pulmonar o periquística, cuya sombra resalta tanto más bordeando a la zona aérea o gaseosa. En la radiografía en posición horizontal el líquido, desplazado y extendido en un área mayor, da una sombra difusa más extensa pero menos intensa que en la radiografía anterior; los puntos reforzados de esa sombra deben corres-

ponder a los restos de membrana que aún no se han fundido, que todavía flotan en el contenido purulento y que se comportan como un verdadero "camalote" capaz de trasladarse de uno a otro sitio dentro de la cavidad quística. El examen radioscópico de esta enferma, efectuado minuciosamente, confirma en gran parte los datos obtenidos en el estudio radiográfico.

Examinada la niña en la pantalla, colocada la enferma en posición vertical, se obtiene la sombra igual a la de la radiografía vertical. Colocada en posición horizontal, se observa una imagen semejante a la de la radiografía horizontal; colocando a la niña en posición vertical invertida (sostenida por los pies y con la cabeza hacia abajo), se observa que el líquido se deposita en la parte superior de la cavidad, reconociendo entonces que la mitad inferior, llena ahora de gas, se encuentra delimitada por un contorno oscuro cóncavo hacia arriba y semejante al contorno que se observó en la parte súperior. Examinando a la niña en posición sentada y haciéndole efectuar movimientos de lateralidad, se puede observar perfectamente que la línea que marca el nivel del líquido que llena la parte inferior de la cavidad se mueve o se inclina según los movimientos laterales que se hace efectuar a la enferma. Es observando con atención esa línea de nivel que puede notarse, en ciertos momentos, que por encima de su nivel horizontal aparece una irregularidad como si en el líquido nada un cuerpo sólido que si bien sumergido, en ciertos instantes, sale a la superficie quedando entonces fuera de la superficie del líquido. Esta sutileza radioscópica da derecho a pensar que en el líquido flota un cuerpo sólido que debe ser una membrana hidatídica. Damos su debida importancia a este "truc" radioscópico (*Signo del "camalote"* le llamamos) para poder establecer un diagnóstico diferencial entre una pleuresía purulenta enquistada y abierta, y un quiste hidatídico del pulmón supurado y abierto, dejando gran cavidad hidro-aérea.

Abril 22|1924. — Operación: Anestesia etérea ligera. Se efectúa una punción previa al nivel de la línea axilar anterior entre la 7ª y 8ª costillas, sitio donde los síntomas físicos inducen a pensar que la colección está más próxima a la pared, y retirándose una pequeña cantidad de pus, se deja la aguja "in situ" para que sirva de guía; se reseca en seguida en una extensión de 6 ctms., inmediatamente por encima de la aguja, a la 7ª costilla. Efectuada la resección, se observa a través del periostio y pleura parietal para ver si el pulmón se desliza, no comprobándose este deslizamiento. Se efectúan entonces tres punciones, no retirándose pus; se observa, no obstante, que en dos de estas punciones al hacer una aspiración retrógrada, esto es, retirando la aguja, llega un momento en que la jeringa se llena de gas, suponiéndose entonces por esto que la cavidad está relativamente próxima y que al hundir la aguja, esta la atraviesa y punza su pared distante. Dejando una de las agujas que ha retirado aire, y previa fijación del parénquima pulmonar, por medio de puntos de catgut a los planos perióstico y muscular, se efectúa una punción con bisturí y a una distancia como de 2 ½ ctms., este entra francamente en una cavidad de donde sale pus y en donde se toca la primitiva aguja que sirvió de guía.

Colocada la enferma en posición sentada y dejándola despertar de su ligera anestesia, comienza a toser y de inmediato aparece por la herida una membrana hidatídica supurada, frágil y de un tamaño como el que corresponde a una mandarina. Llama la atención en esta membrana que casi toda ella está constituída por las túnicas internas de la membrana hidatídica germinativa. No hay vesículas hijas. Se deja drenaje por medio de dos gasas secas que van directamente a la cavidad del quiste.

Abril 25|1924. — Post-operatorio febril con tipo oscilante.

Mayo 3|1924. — Se observa el pulmón con los rayos X,

encontrándose una opacidad alrededor de la herida operatoria; en esta misma región hay submacisez y disminución de las vibraciones vocales.

Mayo 4|1924. — Se hace una punción en la región submate, por detrás de la herida, pero ella resulta blanca.

Mayo 14|1924. — La temperatura se ha mantenido entre 38° y 39°, hasta hace dos días en que hizo una crisis, encontrándose hoy en apirexia. Por la herida sumamente reducida sale solo escasa serosidad.

Junio 21|1924. — La enferma sigue bien, sin fiebre, la herida ha cicatrizado. Se saca una nueva radiografía que muestra que ha continuado aclarándose el pulmón al nivel de la región afecta.

Julio 5|1924. — De alta, curada, en muy buenas condiciones.

OBSERVACION Nº 70.

Nombre, J. R. — Edad, 3 ½ años. — Sexo, femenino. — Año 1922.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos y sanos. Son cuatro hermanos, que gozan de buena salud. Un aborto de tres meses, anterior a la niña, atribuído a un serio disgusto que tuvo la madre.

Antecedentes personales. — Nacida a término; criada a pecho durante quince meses. No ha tenido enfermedad alguna hasta la fecha, siendo la más robusta de todos los hijos.

Enfermedad actual. — Hace aproximadamente cuatro meses que después de haber tomado un baño, sufrió un escalofrío que fué seguido de fiebre, la cual, si bien, según relato

de los padres, no era muy elevada, se acentuaba en la tarde y se hizo persistente. Un mes después como la fiebre persistiese y su estado general no mejorara, resuelven internarla en un Hospital donde le aparece un síntoma que no había tenido antes, la tos. En ese Hospital le hacen saber a la familia que la niña probablemente tendría que ser operada. Permanece en ese nosocomio por un tiempo y luego la familia la retira llevándola a su casa, donde la niña sigue mal, viéndose obligados a traerla a este Hospital, en el que se levanta el siguiente estado actual.

Estado actual. — Niña que en el lecho se presenta en decúbito lateral derecho y al que vuelve cuando se la cambia de posición. Facies de sufrimiento. Inteligencia conservada. Estado de nutrición regular. Palidez moderada. Disnea expiratriz. Tos moderada que se acentúa cuando se pone la enferma en posición decúbito lateral izquierdo. Esqueleto óseo bien desarrollado. Miliar blanca generalizada, especialmente manifiesta en la pared abdominal. Polidipsia. Lengua saburral, semiseca.

El examen del tórax muestra a la inspección, el lado derecho más abultado que el izquierdo. La percusión de la parte posterior del tórax da en el pulmón izquierdo sonoridad vicariante; en el pulmón derecho, la mitad superior es timpánica, la inferior mate con pérdida de la elasticidad; el límite superior de esta macisez, en la línea axilar posterior, llega a la punta de la escápula. Por delante, la percusión, da sonido vicariante en el pulmón izquierdo, mientras que en el derecho es timpánico en su mitad superior y submate en las vecindades del límite hépato-pulmonar.

Por la auscultación se nota en el pulmón izquierdo, por detrás, respiración francamente pueril. En el pulmón derecho, por detrás y arriba, inspiración y expiración rudas y en el hilio ambos tiempos son soplantes; en el límite de la zona mate toma el carácter de anfórica, que paulatinamente disminuye

de intensidad para desaparecer en la base, donde hay ya silencio respiratorio. No se observan rales ni ruidos agregados. No hay sucusión hipocrática. En la región axilar derecha, en su parte alta, se comprueba un soplo anfórico suave y hacia la base silencio respiratorio. Por delante, el pulmón izquierdo da respiración pueril supletoria. En el derecho, en su parte alta, ambos tiempos respiratorios son soplantes; hacia la base respiración muy disminuida.

Corazón con ritmo acelerado, tonos distintos, ocupa más o menos su posición normal. Pulso regular, igual y depresible; 140 á 150 latidos por minuto.

El examen del abdomen lo muestra timpánico, pero no doloroso. Hígado descendido cuatro traveses de dedo, conservando su forma y consistencia normales. La punción torácica da líquido claro como agua, con ligero reflejo lactescente en el que no se encuentran ganchos ni albúmina, así como tampoco ningún elemento citológico.

A los pocos días de estar en la sala se le declara sarampión que evoluciona en forma normal.

Examen radiográfico: La radiografía obtenida, colocando a la enfermita en posición de decúbito dorsal, muestra, en la base del lado derecho del tórax, una sombra de forma poco definida y extendida desde la cúpula diafragmática hasta la 6ª costilla; en ancho abarca casi toda el área pulmonar, desde la sombra cardíaca hasta el límite externo de la caja torácica. Aunque no muy claro, se percibe el seno costo-diafragmático.

Otra radiografía obtenida, colocando esta vez a la niña en posición vertical, muestra modificaciones en la sombra, registrada en la primera radiografía. En efecto, en esta nueva prueba se aprecia ya que la sombra de la radiografía anterior, como consecuencia del cambio de posición, se ha dividido en dos zonas superpuestas, una superior clara y otra inferior oscura. El límite que separa ambas está dado por una línea horizontal. Esta línea horizontal corresponde a un nivel líqui-

do, lo que se aprecia radioscópicamente. Se trata, en conjunto, de una cavidad con líquido y aire.

Operación: Anestesia local con cocaina. Se practica una incisión de 8 ctms. de longitud sobre la 7ª costilla y al nivel de la línea axilar media. Se reseca un trozo costal y al observar, a través de la hoja perióstica y pleura, no se perciben movimientos del pulmón subyacente, suponiéndose que el órgano está adherido. Se practica una punción capilar y a una profundidad como de 2 ctms., se retira un líquido purulento. Con el bisturí se punza, siguiendo la dirección de la aguja y se abre una cavidad quística de donde se retira líquido y una membrana hidatídica supurada, sin vesículas hijas, y como del tamaño de una naranja. No obstante estar fijo el quiste a la pared, se marsupializan los bordes de la cavidad al plano muscular. Se deja drenaje con gasas secas. Los días consecutivos a la operación, la cavidad supura abundantemente; hay temperatura discreta.

A los dos meses de la intervención la herida cierra. El estado general y local de la enferma es muy bueno. Una radiografía obtenida, entonces, muestra en el sitio de la antigua cavidad una ligera sombra de esclerosis. No hay tos.

Se da de alta.

Año y medio después la niña es traída al Hospital, con motivo de una meningitis cerebro-espinal de la cual cura. En esa circunstancia, se obtiene una nueva radiografía de sus pulmones, comprobándose la casi completa claridad del pulmón donde se alojó la hidátide.

OBSERVACION Nº 71.

Nombre, J. B. C. — Edad, 11 años. — Sexo, masculino.— Año 1925.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Tiene dos hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Niño nacido a término y criado a pecho. Hace ocho años tuvo sarampión y coqueluche. Su enfermedad actual se inicia hace aproximadamente tres meses con tos y expectoración sanguinolenta; a los ocho días de su primera hemóptisis, esta se vuelve a repetir, lo que motivó un reconocimiento médico y diagnosticándose, desde entonces, una hidatidosis pulmonar. Hasta la fecha su enfermedad ha sido bien tolerada; no ha habido fiebre, enflaquecimiento ni pérdida de apetito.

Estado actual. — Niño bien constituído. Regular estado de nutrición. Piel y mucosas bien coloreadas. Boca y faringes normales. Cuello normal. El examen de su abdomen lo muestra blando, depresible e indoloro. El hígado y bazo no se palpan.

El examen del tórax, por la inspección, no denota mayor deformación; apenas si el lado derecho, y en su parte inferior, muestra un ligero abombamiento. Es por la percusión del pulmón derecho que se nota, por detrás, un aumento de sonoridad en el vértice derecho, la cual se prolonga, por debajo, hasta el 4º espacio intercostal, donde la sonoridad pulmonar se torna en una submacisez que se continúa luego con la macisez absoluta del hígado, la cual se percute al nivel del 8º espacio intercostal. Esta zona de submacisez se delimita hacia

adentro en la columna vertebral y hacia afuera alcanza hasta la línea axilar media.

La auscultación del pulmón derecho, en la zona aludida, muestra una ausencia casi completa del murmullo vesicular; la palpación enseña también una pérdida casi absoluta de las vibraciones vocales.

La percusión del mismo pulmón derecho, por delante, muestra que hay skodismo y la auscultación denota también una respiración supletoria. En el pulmón izquierdo, tanto por detrás como por delante, la auscultación y percusión no demuestran nada anormal.

El examen del aparato cardio-vascular no demuestra nada anómalo. Pulso regular y tenso.

El examen de orina, no revela nada anómalo; los elementos fisiológicos en proporción normal.

Examen de sangre (antes de la operación): Hemoglobina, 84 %. Glóbulos rojos, 4.860.000. Glóbulos blancos, 14.000. Relación globular, 1 × 347. Valor globular, 0.87. Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos, 82 %. Linfocitos, 18 %.

Reacción de Imaz-Lorentz, positiva.

Examen radiográfico. En el lado derecho del tórax, y desde la base hasta la altura determinada por la 3ª costilla, se aprecia netamente una sombra oscura, redondeada en su conjunto, y ocupando en ancho todo el campo pulmonar; si bien los límites inferior, externo e interno de dicha sombra no están bien diseñados, el borde superior, en cambio, es de una convexidad manifiesta y parece, realmente, como si hubiese sido trazado con el compás. Inmediatamente por encima de este borde superior de la sombra, y a manera de casquete, se ve la claridad pulmonar correspondiente al lóbulo superior y vértice. Por su límite inferior la sombra, si bien pierde parte de su tono, no se ve separada netamente de la sombra correspondiente a la cúpula diafragmática; en rigor, no hay franja clara interpuesta entre el quiste y el borde superior del hígado, sino únicamente una zona menos oscura. El seno

costo-diafragmático existe, aunque no aparece muy claro.

Por su límite interno la gran sombra llega a confundirse con la sombra correspondiente a la columna, siendo de notar que en el sitio que corresponde a la sombra cardíaca se opera una superposición entre esta sombra y la de la hidátide, manifestándose por un esfuerzo de tono.

Julio 11|1925. — Operación: Anestesia local con novocaina.

Posición de jockey, brazo derecho levantado. Al nivel de la 7ª costilla y entre la línea axilar posterior y escapular, se traza una incisión de 8 ctms.; incindidos los diversos planos, se reseca la costilla en una extensión de 6 ctms. A través del periostio y de la pleura parietal se observa el pulmón, advirtiéndose que está fijo y no desliza, por lo que se supone al quiste adherido a la pared. Antes de incindir el órgano, se efectúa una punción previa capilar y se retira líquido límpido cristal de roca; esto se obtiene a unos 2 ctms. de la superficie. Dejando la aguja se incinde con el bisturí el parénquima y se abre así un quiste de cuyo interior sale un chorro de líquido hidatídico y una membrana sana, de tamaño de una naranja grande, y no conteniendo vesículas hijas.

Tras de secar prolijamente la cavidad quística con compresas secas, se refuerzan sus adherencias con la pared, fijando con varios puntos de catgut los bordes de la incisión de la bolsa al plano muscular de la pared.

Se deja un drenaje de gasas secas.

La intervención fué tolerada perfectamente bien. La extracción de la hidátide no dió lugar a accidente alguno. Al terminar la operación se practicó al enfermo una inyección de cafeína y otra de aceite alcanforado.

Julio 14|1925. — El enfermo ha pasado muy bien los dos primeros días consecutivos a la operación. La cavidad quística, al efectuar la curación, durante los movimientos torácicos, sopla. Se continúa con el drenaje, que extrae serosidad. Desde ayer hay temperatura.

Julio 15|1925. — La cavidad da la impresión que se reduce considerablemente. El drenaje retira ya pus. La temperatura por la tarde llega a 39°. El pulso es frecuente. Se administra magnesia y X gotas de digitalina.

La nueva prueba nos muestra una oscuridad en toda el área pulmonar y especialmente en la parte superior o vértice donde en las radiografías anteriores — anterior y posterior a la operación — se encontraba la zona más sana — radiográficamente — del pulmón derecho. En esa radiografía ya no es posible, como en la anterior, delimitar la cavidad o nido quístico; apenas si en ese lugar se nota una vaga claridad.

Agosto 1|1925. — La cavidad supura abundantemente. La temperatura aún se mantiene elevándose siempre por la tarde a 39°.

Agosto 4|1925. — La cavidad sigue drenando en abundancia. La temperatura desciende. Mejor estado general. Tos muy discreta.

Agosto 8|1925. — La temperatura ha descendido. La cavidad supura siempre. La percusión del vértice menos oscura.

Agosto 10|1925. — Mejor estado general y local. La temperatura se eleva a 38°.

Agosto 14|1925. — Buen estado general. La supuración comienza a disminuir. Como la temperatura persiste por la tarde, alrededor de 38°, se administra magnesia.

Agosto 18|1925. — La temperatura desciende ya definitivamente. La supuración disminuye considerablemente; la profundidad de la cavidad se ha reducido mucho.

Agosto 21|1925. — El enfermo sigue bien. Sin novedad tanto en su estado local como general.

Agosto 27|1925. — Poca supuración. Se deja drenaje en la herida con gasas muy cortas.

Agosto 31|1925. — Después de la hora de visita de sus parientes, estando el niño levantado y sin síntomas premo-

nitores, arroja con un poco de tos esputos constituídos por secreción mucosa y sangre, los que a medida que la tos se repite, concluyen por transformarse en sangre pura roja. La temperatura es de 37°, ningún otro síntoma objetivo ni subjetivo.

El enfermo es puesto en cama y el episodio no se repite.

Septiembre 3|1925. — Muy buen estado general. La hemóptisis no se ha repetido. La supuración de su herida es casi nula. Haciéndolo toser, no fluye pus por su herida ni expectora secreción alguna. Se retira el drenaje.

Septiembre 6|1925. — Sin novedad.

Septiembre 9|1925. — El enfermo se levanta. No hay supuración y la herida superficial va cicatrizando francamente. Curaciones con alcohol.

Septiembre 11|1925. — Herida cicatrizada. Muy buen estado general. Por espacio de veinte días el enfermo permanece aún en el Hospital, sin presentar ninguna novedad.

Otra radiografía se obtiene cuatro semanas después de la radiografía anterior, cuando el proceso pulmonar febril ha pasado ya y cuando el enfermo está en vías de curación.

Ya no se notan los límites de la cavidad, apreciándose también la completa desaparición de la sombra y oscuridad que se vieron en las radiografías tomadas después de la operación.

Octubre 2|1925. — En muy buenas condiciones el niño es dado de alta.

Octubre 5|1925. — Estando el niño en su casa, y después de caminar una corta distancia, siente una ligera molestia retroesternal, arrojando en un acceso de tos una pequeña cantidad de sangre. A raíz de esto el enfermo ingresa nuevamente en el Servicio.

Octubre 15|1925. — Por espacio de diez días el enfermo permanece en observación, sin presentar molestia ni síntoma alguno. En muy buenas condiciones se le vuelve a dar de alta.

OBSERVACION Nº 72.

Nombre, S. L. S. — Edad, 9 años. — Sexo, masculino. — Año 1925.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Unico hijo.

Antecedentes personales. — Niño nacido a término. Lactancia materna hasta los dos años. Ha sido siempre sano, pero hace un mes aproximadamente que comenzó a tener tos catarral, inapetencia y fiebre. Examinado, entonces, por un médico del campo, fué punzado, retirándosele del lado izquierdo del tórax como unos doscientos gramos de líquido cristalino. Posteriormente a esa punción tuvo esputos hemópticos. Con el diagnóstico de quiste hidatídico del pulmón es enviado a este Servicio.

Estado actual. — Niño bien constituído. Regular estado de nutrición. Pequeños ganglios en el cuello. Piel y mucosas poco coloreadas. Boca y faringe normales.

El examen del abdomen no revela nada anormal; blando y depresible, permite bien la palpación. No se palpa el hígado ni el bazo.

El examen del corazón no revela nada anómalo. El pulso, es regular, tenso y de frecuencia normal. Por la inspección, se nota en la mitad izquierda del tórax una ligera saliencia, acusada especialmente, al nivel de la línea axilar media y a la altura de la 6ª y 7ª costillas. A ese nivel la percusión da un sonido oscuro y la auscultación un apagamiento del murmullo vesicular. En el mismo lado y en el vértice hay skodismo. El límite inferior de la macisez no se continúa con la macisez hepática, pues, entre ambas, se interpone una zona sonora. Las radiografías obtenidas en decúbito dorsal, decú-

bito abdominal y en posición sentado, respectivamente, muestran, las tres, la existencia de una sombra grande, redondeada, extendida en el pulmón izquierdo desde la sombra correspondiente a la 4ª costilla hasta la base donde se continúa, sin separación precisa, con la cúpula diafragmática. Si bien, en su conjunto, la gran sombra no precisa sus contornos bien netos y limitados, puede apercibirse, no obstante, en su parte superior, un borde convexo y neto, tranzando bruscamente la claridad pulmonar correspondiente al vértice. Por su parte interna la sombra se continúa y confunde con la correspondiente al mediastino y corazón; por su parte externa ella alcanza hasta el límite externo de la caja torácica.

Es de notar que en las tres radiografías, aunque un poco reducido, se apercibe libre el seno costo-diafragmático.

Examen de orina. Densidad, 1.012. Residuo fijo, 27.96. Urea, 11.08. Acido úrico, 0.24. Cloruros, 1.50. Fosfatos, 0.80. No hay albúmina ni glucosa. El examen microscópico muestra regular cantidad de leucocitos granulosos, escasos uratos sódicos y células epiteliales planas.

Examen de sangre: Hemoglobina, 80 %. Glóbulos rojos, 4.590.000. Glóbulos blancos, 15.000. Relación globular, 1 × 306. Valor globular, 0.88. Neutrófilos, 75 %. Linfocitos, 24 %. Mononucleares, 1 %.

Reacción de Mantoux, negativa.

Reacción Wasserman, negativa. Reacción de Imaz-Lorentz, positiva. Reacción de Casoni, positiva.

Diciembre 22|1925. — Operación: Anestesia local con novocaína. Posición de jockey. Incisión de 8 ctms. sobre la 7ª costilla al nivel de la línea axilar posterior. Se desperiosta el hueso y se le reseca en una extensión de 4 ctms.

A través de las pleuras, que están adheridas, se efectúa una punción capilar, la que da salida a líquido limpio, cristal de roca. Se incinde el parénquima pulmonar y a una distancia como de 2 ctms. se abre una cavidad quística, de donde

se extrae una membrana hidatídica del tamaño de una naranja, conteniendo líquido claro, pero ninguna vesícula hija. Se seca la cavidad con gasas y se fijan los bordes de la periquística al plano muscular mediante puntos separados de catgut. Se deja un drenaje de gasas.

La intervención rápida y simple, es tolerada perfectamente bien.

Diciembre 23|1925. — El niño está en muy buen estado. En la primera curación, se retiran las gasas de drenaje empapadas en un líquido sero-sanguinolento. No hay temperatura.

Diciembre 24|1925. — Sin novedad. No hay temperatura.

En la radiografía obtenida 2 días después de la operación se apercibe, bastante bien delimitada, la cavidad dejada por la extracción de la vesícula hidatídica; un ligero contorno oscuro, convexo, marca el límite superior de esa cavidad a la altura de la 5ª costilla, advirtiéndose también que el pulmón correspondiente al lóbulo superior y situado por arriba de ese contorno, conserva su claridad normal.

Diciembre 25|1925. — La cavidad supura. Ligera temperatura por la tarde.

Diciembre 26|1925. — Temperatura de 38º. Se administra magnesia.

Diciembre 27|1925. — La temperatura ligera persiste. Pulso un poco frecuente. Se administra digitalina.

Diciembre 28|1925. — Hay disnea. Respiración soplante en el hemitórax izquierdo. Lado derecho normal.

Diciembre 31|1925. — La temperatura ha aumentado a 39º. Hay disnea. Macisez por arriba y por abajo de la cavidad quística. Respiración soplante: la cavidad quística no acumula pus y parece más reducida de tamaño.

Enero 4|1926. — La temperatura se mantiene así como la disnea. Respiración soplante en el vértice y baso. Se obtiene otra radiografía y esta muestra francamente un oscurecimiento en el vértice y seno costo-diafragmático. La supuración de la cavidad es menor, así como el tamaño de ella.

Enero 7|1926. — Mejor estado general. La temperatura aunque un poco menor, se mantiene aún. Se administran dos ampollas de vacuna neumo y adrenalina.

Enero 9|1926. — La temperatura cae. Desaparece la disnea, mejor estado general. La herida supura menos.

Por espacio de diez días el enfermo sigue sin novedad, mejorando paulatinamente.

Enero 20|1926. — Buen estado general y pulmonar. Una radiografía muestra que el vértice se aclara. Su herida va cicatrizando. Por espacio de 20 días el enfermo continúa sin novedad.

Febrero 20|1926. — Se reduce el drenaje de la cavidad, pues casi no supura. Buen estado general. Sigue el aumento de peso.

Marzo 8|1926. — La herida ha cerrado. Buen estado pulmonar.

Marzo 12|1926. — Muy buen estado general. Una última radioscopía obtenida, enseña aún una oscuridad en el sitio que correspondió a la hidátide, pero la claridad ha vuelto en el vértice y en el seno costo-diafragmático.

Marzo 15|1926. — Dado de alta.

OBSERVACION Nº 73.

Nombre, M. C. R. — Edad, 9 años. — Sexo femenino. — Año 1922.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Los padres son sanos, tienen tres hijos vivos. Ha habido tres abortos; uno anterior al nacimiento de la enferma, y dos posteriores.

Antecedentes personales. — Nacida a término. Lactancia

durante diez meses; ha tenido sarampión hace un año y grippe hace seis meses.

Enfermedad actual. — Comenzó hace aproximadamente un año con decaimiento general, inapetencia y postración. Posteriormente se restableció, pero al tiempo volvió a caer en el mismo estado. Hace siete meses tuvo un vómito de sangre y desde hace dos meses está muy decaida, inapetente, tiene fiebre y disnea con intervalos. Hace un mes tuvo una vómica de líquido claro con trozos de membrana hidatídica.

No tiene más datos.

OBSERVACION Nº 74.

Nombre, E. D. — Edad, 5 años. — Sexo, femenino. — Año 1925.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Tres hijos vivos. No hay muertos, ni abortos.

Antecedentes personales. — Niña nacida a término, criada a pecho durante un año; ha padecido de indigestiones repetidas. Tuvo coqueluche a los siete meses y bronquitis en otras ocasiones.

Enfermedad actual. — La niña observada en decúbito dorsal con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, muestra una respiración costo-abdominal, pero con predominio de esta última. Diámetro transversal inferior del hemitórax izquierdo mayor que el derecho y el ántero-posterior del hemitórax derecho mayor que el izquierdo. Tórax asimétrico con deformidad convexa al nivel del mamelón derecho, abarcando unos cuatro travesos de dedo. Hemitórax izquierdo retraído. Movimientos respiratorios, 36 por minuto.

La percusión, por detrás, da macisez en las fosas supraespinosa e infraespinosa del lado derecho — submacisez desde la punta del omóplato hasta la base. En el lado izquierdo y por detrás hay sonoridad ligeramente aumentada. Por delante, en las fosas supraclavicular e infraclavicular y en la línea axilar del lado derecho, hay macisez. En el lado izquierdo la sonoridad está aumentada.

La auscultación, por detrás, da respiración vesicular en el hemitórax izquierdo. No se oyen ruidos agregados. En el hemitórax derecho la respiración es soplante en el vértice, tubaria en E suave al nivel del ángulo del omóplato, notándose, por debajo, una disminución de la entrada de aire. Bases libres. Se oyen rales crepitantes y subcrepitantes al nivel del ángulo inferior de la escápula y en el vértice del pulmón derecho. La auscultación, por delante, da respiración vesicular en el pulmón izquierdo, con mayor entrada de aire. En el lado derecho hay disminución notable de la entrada de aire en toda su extensión. Hay expectoración muco-purulenta y sanguinolenta. El examen del aparato circulatorio muestra el choque difuso de la punta al nivel del quinto espacio intercostal. Tonos normales en los cuatro focos.

El examen del abdomen muestra que el hígado se percute y palpa a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. Por arriba no se consigue delimitarlo bien. El bazo y riñones no se palpan. Macro y micropoliadenopatía en ambas ingles y axilas. Piel seca. Reflejos normales. No hay Barbinsky. Caries generalizadas en las molares inferiores y superiores. Ojos con pupilas que reaccionan bien a la luz. Pestañas largas y arqueadas.

Enero 14|1925. — Se obtiene una radiografía y esta muestra una extensa sombra que abarca todo el campo pulmonar derecho; solo aparecen un poco más claros el vértice y el seno costo-diafragmático. A pesar de sus límites o contornos tan poco netos, la sombra impresiona como la correspondiente a una gran hidátide del pulmón derecho.

Enero 17|1925. — El examen de esputos no da ganchos. Los cultivos dan colonias de estafilococos.

Enero 19|1925. — Examen de orina: Cantidad, 150 c.c. Color ámbar. Aspecto ligeramente turbio. Espuma blanca. Sedimento escaso. Reacción ácida. Densidad, 1,014. Residuo fijo, 32.62. Urea. Acido úrico, 0.28. Cloruros, 5. Fosfatos, 0.65. Albúmina no hay. Glucosa no hay. Examen microscópico: Gran cantidad de micro-organismos, escasos elementos celulares.

Enero 20|1925. — Examen de sangre. Hemoglobina, 85 %. Glóbulos rojos, 4.500.000. Glóbulos blancos, 12.000. Reacción globular, 1.375. Neutrófilos, 4 %. Eosinófilos, 1 %. Linfocitos, 37 %. Mononucleares, 12 %. Un nuevo examen de esputos da regular cantidad de células epiteliales y glóbulos de pus, fibrina abundante, micro-organismos — cocos, diplococos, estafilococos. — No se observan bacilos de Koch.

Reacción de Casoni, positiva.

Reacción de Wasserman, negativa.

Reacción de Imaz-Lorentz, negativa.

Enero 24|1925. — Operación: Anestesia local y resección de la 4ª costilla en la línea axilar anterior; pleuras adheridas; se punza con resultado positivo, retirándose líquido cristal de roca. Se incinde y se da salida a una hidátide limpia y del tamaño de un huevo de avestruz. Fijación de los bordes de la periquística al plano muscular. Drenaje.

Enero 25|1925. — Curaciones diarias después de un postoperatorio normal. La herida supura abundantemente. La cavidad es enorme.

Enero 28|1925. — Se obtiene una radiografía y esta enseña una enorme cavidad dejada por la hidátide y que se extiende en altura desde el vértice hasta la cúpula diafragmática.

Febrero 1|1925. — La cavidad se estrecha mucho.

Febrero 10|1925. — La mejoría se acentúa.

Febrero 20|1925. — Una otra radiografía enseña que la

cavidad se ha reducido considerablemente. El vértice aparece ya bien claro, como también la base del pulmón.

Febrero 28|1925. — Se da de alta, curado.

OBSERVACION Nº 75.

Nombre, J. P. — Edad, 7 años. — Sexo, masculino. — Año 1915.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Tiene un hermano sano.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta el año cumplido. Ha padecido después del año de disturbios gastro-intestinales. Hace aproximadamente tres meses que el niño tiene tos seca, con fiebre, y sin otras manifestaciones. Como los padres notaron, dos días atrás, que el niño expectoraba una pequeña cantidad de sangre lo traen al Hospital para su reconocimiento.

Estado actual. — Niño bien constituído. Regular estado de nutrición. Ganglios pequeños en las axilas, ingles y cuello. Piel y mucosas poco coloreadas. Boca y faringe normales. Abdomen normal. No se palpa hígado, ni bazo.

El examen de su aparato respiratorio no revela nada anormal. La percusión y auscultación no muestra en ninguno de los pulmones signos que expliquen la tos y la hemóptisis habida.

En estas condiciones se tiene al enfermo varios días en observación, sin que aparezca, ninguna otra vez, sangre en la expectoración. Para ilustrarse se obtiene una radioscopía y esta muestra aparentemente ambos pulmones bien. No deja,

sin embargo, de llamar la atención, un pequeño refuerzo de tono en la sombra correspondiente al ventrículo izquierdo.

A pedido de los padres el niño es dado de alta, conservando un buen estado general.

Un mes después el enfermo ingresa nuevamente al Hospital, pues la hemóptisis, aunque poco intensa, se ha reproducido. Un nuevo examen físico practicado no muestra mayor variación en su estado pulmonar; apenas si, por la percusión, se nota una muy ligera submacisez en la línea axilar izquierda a la altura de la 7ª costilla. Una nueva radioscopía obtenida vuelve a enseñar, junto a la sombra cardíaca izquierda un refuerzo de oscuridad, sospechándose entonces que ahí se manifestaba la sombra correspondiente a una pequeña hidátide albergada en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. Como el estado general es bueno y como no hay fiebre y la tos es muy discreta, el niño permanece en observación por espacio de un mes, sin que la hemóptisis se repita. Se vuelve a dar de alta, pero con la consigna de concurrir semanalmente al Hospital.

Transcurren así dos meses, durante los cuales el niño tiene varias veces una expectoración. Una nueva radioscopía muestra ya, con claridad, una sombra hidatídica en el pulmón izquierdo. La placa radiográfica lo confirma, aún más, enseñando en la base del pulmón izquierdo una pequeña sombra, redonda, superponiéndose en su mitad interna con la sombra correspondiente al corazón.

Operación: Anestesia clorofórmica. Incisión de 10 ctms. al nivel de la línea axilar media y sobre la 7ª costilla; resecado un segmento costal de 7 ctms de largo, se advierte que en ese sitio las pleuras están adheridas. Se punza con una aguja fina y se extrae, desde poca profundidad, líquido cristalino. Se incinde el pulmón con bisturí y se abre una cavidad quística de la que se extrae una hidátide del tamaño de una mandarina y sin vesículas hijas. Se deja un drenaje con gasas.

La convalescencia del enfermo se complica por una escarlatina que aparece a los pocos días de la operación. A pesar de ello el niño cura y a los tres meses su herida cicatriza completamente, siendo dado de alta en muy buen estado general y local.

Once años después este enfermo acude al Hospital, pues desde unos meses atrás enflaquece considerablemente y tiene tos, expectoración y fiebre. El examen clínico y radiográfico comprueba una tuberculosis pulmonar; los rayos, especialmente, enseñan la mayor extensión de lesiones en el pulmón izquierdo, sitio de su antigua equinococosis. Seis meses después el enfermo, que se asiste fuera del Hospital, fallece con sus lesiones muy avanzadas, con grandes hemóptisis y en medio de una neumonia final.

OBSERVACION Nº 76.

Nombre, A. F. F. — Edad, 10 años. — Sexo, femenino. — Año 1926.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos y sanos. Seis hijos vivos; no hay abortos.

Antecedentes persinales. — Nacida a término. Alimentada a pecho un año. No registra antecedentes mórbidos.

Enfermedad actual. — Empezó hace un mes y medio con decaimiento, inapetencia y enflaquecimiento. No han habido vómitos, temperatura, hemóptisis, ni vómicas. Hay tos y acusa dolor torácico en el lado derecho.

Estado actual. — Niña en regular estado de nutrición; escaso panículo adiposo y buen desarrollo óseo y muscular. Piel blanca, sin lesiones. Mucosas pálidas y húmedas; se palpan

algunos ganglios submaxilares, occipitales e inguinales. Cráneo braquicéfalo normal. Pupilas iguales; reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Motilidad ocular normal. Dientes de la segunda dintición completos, bien implantados y conservados. Hipertrofia de las amígdalas. Cuello cilíndrico normal.

El examen del aparato respiratorio muestra, a la inspección, que el hemitórax derecho está más dilatado que el izquierdo, notándose también una saliencia al nivel de la región mamaria, por delante, y de la región escapular, por detrás. Se observa aún, al nivel de la axila, una circulación colateral ascendente. Por la palpación, por detrás, aumento de las vibraciones vocales en el lado derecho, notable sobre todo al nivel de la región escapular. Por delante disminución de vibraciones en el lado derecho, igualmente en la región axilar. Por la percusión, por detrás, el vértice derecho es más sonoro que el izquierdo; el resto es más o menos igual en ambos lados, siendo normal la sonoridad en el espacio interescapular. Por delante y siempre en el lado derecho, al nivel del segundo espacio intercostal, comienza una macisez que se confunde por debajo con la del hígado. En el lado izquierdo, sonoridad normal. La percusión de las axilas da macisez en el lado derecho; en la parte inferior se nota una zona más clara, a la percusión, que separa esta macisez pulmonar de la macisez hepática. En la axila izquierda la percusión es normal. La auscultación en el pulmón izquierdo da respiración vicariante. En el pulmón derecho, por delante, a partir del segundo espacio intercostal, hay silencio respiratorio; en la axila derecha hay disminución pronunciada del murmullo vesicular; algo menor, sin embargo, en la parte superior e inferior. Por detrás, en el espacio interescapular y vértice, la respiración está conservada. Sobre la escápula y hacia la axila, hay disminución del murmullo vesicular.

El examen del corazón muestra el área cardíaca normal. Tonos limpios, bien timbrados y auscultados en sus focos. El examen del abdomen lo muestra flácido, depresible e indoloro.

No se palpa hígado, ni bazo. Espacio de Traube libre. Reflejos normales. Miembros normales.

Reacción de Imaz-Lorentz, negativa.

Reacción de Wasserman, positiva débil.

Reacción de Casoni, positiva débil.

Examen de sangre: Hemoglobina, 80 %. Glóbulos rojos, 4.320.000. Glóbulos blancos, 8.200. Neutrófilos, 63 %. Eosinófilos, 4 %. Linfocitos, 31 %. Mononucleares, 2 %. Relación globular, 1 × 509. Valor globular, 0.96.

Examen de orina: Cantidad, 150 gramos. Color ámbar. Aspecto límpido. Residuo fijo, 3.95. Urea, 22.33. Acido úrico, 0.30. Cloruros, 6.50. Fosfatos, 2.50. Albúmina y glucosa, no hay. Sedimento, escaso. Espuma blanca. Reacción ácida. Densidad, 1.015.

El examen radiográfico enseña una gran sombra redonda, ocupando las dos terceras partes inferiores del pulmón derecho. Por su parte superior esta sombra presenta un contorno convexo y alcanza hasta la 3ª costilla; por su parte inferior, se confunde con la sombra de la cúpula diafragmática, siendo de notar que queda libre el espacio costo-diafragmático.

Por adentro la sombra se confunde con el mediastino y corazón; por afuera alcanza hasta el límite externo de la caja torácica. El lóbulo superior del pulmón, comprendido el vértice, aparece claro.

Abril 4|1926. — Operación: Anestesia local con novocaína. Posición sentada y con el brazo derecho elevado. Incisión de 8 ctms., siguiendo la 6ª costilla y al nivel de la línea axilar anterior. Se elige este sitio, por cuanto ahí es donde aparece más franca la macisez determinada por la hidátide. Incindida la piel, tejido celular y músculo, se llega a la costilla; previo desperiostamiento, se reseca en una extensión de 6 ctms. A través de la hoja posterior del periostio y de la pleura parietal, se observa con atención para ver si el pulmón se desliza en los movimientos respiratorios. No hay tal desli-

zamiento, por lo que se presume que el órgano está adherido a la pared torácica.

Se efectúa entonces una punción capilar y a una profundidad como de 2 ctms. se aspira líquido limpio cristal de roca. Se deja la aguja "in situ" y con el bisturí se punza e incinde, saliendo un chorro de líquido y asomando la membrana germinativa. Con pinzas largas se retira en pedazos la hidátide; una vez vaciada la cavidad se la seca con compresas. No hay vesículas hijas. No obstante estar adherido el quiste a la pared, se refuerzan esas adherencias con puntos de catgut que toman la periquística y el plano muscular. Se dejan gasas de drenaje.

La intervención resulta muy simple, sin accidentes. La mejor prueba la dió la propia enferma, quien, una vez vendada, bajó por sus propias fuerzas de la mesa de operaciones y caminó unos pasos hasta la camilla que la transportó a la sala.

Abril 15|1926. — La enferma se encuentra bien.

Abril 16|1926. — La enfermita bruscamente presenta un cuadro grave con elevación de temperatura a 39,9º por la tarde, taquicardia intensa, disnea y vómitos espontáneos. Se le administra digital.

Abril 17|1926. — La enferma se ha agravado, acentuándose los síntomas anteriores. La herida presenta los bordes atónicos y se oye un soplo bronquial como si existiera comunicación de la cavidad con los bronquios. No hay supuración. Al auscultar se oyen rales crepitantes y algunos subcrepitantes finos localizados, preferentemente, en las partes ántero-inferior y posterior de la herida, extendiéndose por detrás hasta el borde espinal de la escápula. La percusión da timpanismo cavitario al nivel de la cavidad quística y macisez en la parte posterior al nivel del omóplato. Por la tarde hace un cuadro de asistolia con convulsiones, delirio, queriendo tirarse al suelo. Se le administra un enema, digitalina, cafeína y aceite alcanforado.

Abril 18|1926. — La enferma, por momentos, parece más tranquila; la herida persiste atónica y la supuración es escasa. Se escuchan rales subcrepitantes en una zona más extensa que llega hasta la columna vertebral y la percusión revela macisez hasta ese nivel; la enferma ha tenido vómitos espontáneos de un líquido claro, teñido de amarillo, en el cual flotan algunos grumos de aspecto purulento que se remiten al Laboratorio para su análisis, con el siguiente resultado: Grumos purulentos: glóbulos de pus, estreptococos y estafilococos. No se observan bacilos de Koch, ni ganchos.

Abril 20|1926. — El cultivo da colonias de estafilococos.

Abril 21|1926. — No hay modificaciones apreciables. La herida supura poco, pero persiste su mal aspecto.

Abril 21|1926. — Falleció a media noche.

Abril 22|1926. — Autopsia: Diagnóstico anatómico: Cavidad quística de 8 ctms. de diámetro en el pulmón derecho. Pleuritis adhesiva de ambos lados. Neumonia pulmonar doble. Miocarditis. Congestión pasiva del hígado; congestión pasiva del bazo. Nefritis. Gastritis. Congestión meningo-cerebral intensa.

Examen general externo. — Cabeza: cráneo braquicéfalo con abundantes cabellos. Rigidez muscular escasa. Exudado sanguinolento en los labios.

Tronco: manchas de hipostasis cadavérica. Incisión operatoria de 8 ctms. en la región torácica derecha, parte anterior.

Extremidades: una que otra mancha de hipostasis cadavérica; escasa rigidez.

Cavidad abdominal: ansas intestinales dilatadas, de coloración verdosa. Gran epiplón cubriendo la masa intestinal.

Diafragma: asciende hasta la 6ª costilla a la derecha y hasta la 7ª a la izquierda.

Cavidad torácica: adherencias fuertes entre el pulmón y la pleura derecha; adherencias menos firmes entre el pulmón y la pleura izquierda.

Lengua: rosada pálida con pupilas bien visibles.

Amígdalas: no se observa nada de particular.

Faringe y exófago: mucosas de coloración pálida, sin presentar nada anómalo.

Laringe, tráquea y bronquios: cubiertos por mucosa pálida y lisa y sin ninguna anomalía.

Ganglios mediastínicos: aumentados de tamaño, de coloración rosada oscura.

Pulmón izquierdo: adherencias fibrosas pero laxas entre ambas pleuras; el pulmón, de mayor tamaño que el normal, presenta una coloración violácea, más acentuada aún, en la parte superior. En un corte tiene igual aspecto y da salida a abundante serosidad sero-sanguinolenta; crepita y en el agua se va al fondo.

Pulmón derecho: presenta una cavidad como de 8 ctms. de diámetro, tomentosa, localizada en el lóbulo superior y lóbulo medio; por la prueba con el agua, se observa que comunica con la tráquea. Exteriormente, hacia la pleura, la cavidad, por la parte anterior del órgano y al nivel de la 5ª costilla, está ampliamente abierto por una superficie anfractuosa. Al corte, las paredes de la cavidad presentan zonas oscuras y de abundante serosidad; en el agua ese tejido se va al fondo.

Pericardio: liso y de coloración rosa pálido; dilatación de las cavidades derechas; abundante coágulos fibrino-cruoricos. Válvulas lisas, transparentes y no presentando nada de particular en cuanto a su continencia. El miocardio pardo y de consistencia disminuida.

Grandes vasos: en la aorta se observan placas amarillentas de aspecto teromatoso.

Hígado: ligeramente aumentado de volumen y de consistencia; bordes cortantes; al corte, el parénquima se presenta de color pardo oscuro con pequeñas puntuaciones y dando sangre en pequeña cantidad.

Bazo: aumentado de tamaño y consistencia; su coloración es rojo vinosa.

Páncreas: no se observa nada de particular.

Estómago: mucosa lisa, con mucus y un poco de puntilleo hemorrágico.

Duódeno: nada de particular.

Ileon: mucosa lisa; cavidad llena de quilo de color verdoso oscuro.

Intestino grueso y apéndice: en el intestino grueso nada de particular; el apéndice de coloración verdosa, mide 8 ctms.

Riñón y ureter izquierdo: desorganización completa de la sustancia medular y cortical; cápsula desprendible. Organo aumentado de tamaño y que da sangre al corte. Ureter permeable.

Riñón y ureter derecho: iguales caracteres que en el riñón y ureter izquierdo.

Cápsulas suprarenales: nada de particular.

Vejiga: semi distendida por existencia de orina.

Organos genitales: bien conformados.

Cerebro, celebelo y médula: intensa congestión meningocerebral; órganos ligeramente aumentados de tamaño. No hay dilatación de las cavidades ventriculares.

OBSERVACION Nº 77.

Nombre, R. G. — Edad, 10 años. — Sexo, masculino. — Año 1927.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico del pulmón derecho

Antecedentes hereditarios. — Los padres dicen ser sanos, tienen ocho hijos, vivos. Uno falleció, ignorándose la causa.

Antecedentes personales. — Nacido a término, fué cria-

do con alimentación artificial a báse de leche de vaca. No registra antecedentes infecciosos.

Enfermedad actual. — Hace aproximadamente unos nueve meses tuvo, según los padres, un ataque de grippe con fiebre, fatiga y tos; esta ha persistido luego hasta ahora, siendo seca y frecuente, exagerándose en varias ocasiones, en las que se acompañaba de disnea y discreta hipertermia. Desde hace una semana la tos se ha hecho casi continua y el enfermo está muy disneico.

Estado actual. — Niño en regular estado general, panículo adiposo discreto, buen desarrollo óseo y muscular.

Este enfermito llama la atención por la tos seca y ronca que presenta constantemente molestándole, a tal punto, que casi no puede hablar; la voz es ronca y por momentos bitonal; presenta, también, una disnea muy acentuada y una discreta cianosis que se acentúa durante las crisis de sofocación que experimenta el niño. Temperatura axilar, 37,5º.

El examen de la cabeza no ofrece ninguna particularidad, el cuello es simétrico y en él se palpa una micropoliadenopatía en ambas cadenas carotídeas.

La inspección del tórax de este enfermo, muestra una evidente deformación del hemitórax derecho, que consiste en una saliencia circunscripta extendida horizontalmente entre el borde derecho del esternón y la región axilar y verticalmente de la 2ª a la 5ª o 6, costillas. En el sitio de esta proeminencia, se observa una circulación venosa superficial muy pronunciada que se extiende también al cuello del enfermo. Durante los movimientos respiratorios se nota que el hemitórax derecho excursiona menos ampliamente que el opuesto. La percusión del tórax, por detrás, revela una submacisez en el lado derecho que se extiende desde el vértice hasta un través de dedo por debajo de la punta de la escápula, estando, en cambio, la sonoridad, conservada en la base y en el pulmón izquierdo. Por delante, la percusión, muestra en el lado derecho una

macisez que llega por arriba hasta la clavícula y por abajo se confunde con la macisez hepática. La región axilar derecha es igualmente mate.

Por la auscultación, se percibe una franca disminución de la entrada de aire en todo el hemitórax derecho, salvo en la base donde el murmullo vesicular está conservado. En la región interescápulo-vertebral derecha se oyen abundantes rales subcrepitantes finos y medianos. En el pulmón izquierdo la respiración es vicariante.

La percusión del área cardíaca muestra un rechazo bastante acentuado del corazón hacia la izquierda. Los tonos cardíacos son normales. El pulso está acelerado, contándose 110 pulsaciones por minuto. El abdomen es globuloso, depresible e indoloro. El hígado y el bazo no se palpan.

Se obtiene una radiografía que muestra la existencia de una opacidad que ocupa casi todo el hemitórax derecho, dejando solo una franja de parénquima pulmonar traslucido en la base. La opacidad toma amplio contacto tanto con la parrilla costal como con el mediastino, pudiéndose solo notar su borde curvo y bien neto en el límite inferior de la tumoración. En la radiografía se observa también el corazón y la tráquea hacia la izquierda.

Junio 17|1927. — Operación: Anestesia local con novocaína sobre la 4ª costilla derecha; partiendo de la línea axilar anterior, se traza una incisión de unos 6 ctms. hacia adentro, incindidos los planos cutáneos y musculares, se desperiost la costilla citada y se la reseca en una extensión de unos 4 ctms., notándose que las pleuras están adheridas a ese nivel y que el pulmón no desliza. Se practica una punción capilar y se extrae líquido cristal de roca, se incinden las pleuras en el sitio de la punción y se evacua el líquido hidatídico, extrayéndose luego la membrana de una hidátide del tamaño de una cabeza de adulto. No hay vesículas hijas. Se dejan gasas de drenaje en la cavidad dejada por la hidátide.

Junio 20|1927. — La tos y la disnea del enfermo han disminuido. Tiene 37,8º de temperatura y 110 pulsaciones por minuto. El estado general es bueno. Se practica la primera curación. Desde el día de la operación se le administra X gotas diarias de digitalina, vacuna polivalente Prona y una bebida expectorante.

Junio 23|1927. — La temperatura está oscilando diariamente de 37,5º a cerca de 39º. La herida supura regularmente. Examinados los pulmones, no se nota ninguna novedad, salvo el silencio respiratorio al nivel de la cavidad dejada por el quiste.

Se obtiene otra radiografía que nos muestra la enorme cavidad quística dejada por la hidátide.

Junio 30|1927. — El enfermo continúa con fiebre, pero su estado general es bueno. La cavidad retiene pus, pues la costotomia no ha sido muy declive. Persiste una tos discreta y la disnea.

Julio 5|1927. — La temperatura tiende a descender. La herida supura menos, pero aún la cavidad conserva grandes dimensiones.

Julio 15|1927. — Buen estado general. Apirexia.

Julio 20|1927. — Se obtiene otra radiografía, la que muestra ya la reducción de la cavidad dejada por la hidátide. El enfermo comienza a levantarse, pues su estado general sigue siendo bueno.

Agosto 24|1927. — El estado del enfermo es excelente; hace cuatro o cinco días que cicatrizó la herida operatoria. Se obtiene una última placa radiográfica, la cual enseña que, no obstante la completa cicatrización, persiste aún una pequeña cavidad pulmonar.

En estas condiciones es dado de alta, siendo necesario, breves días después, someterlo a otra intervención quirúrgica a causa de una apendicitis aguda de la que también curó perfectamente bien.

HIDATIDOSIS EQUINOCOCCICA

HEPATO-PULMONAR

OBSERVACION Nº 1.

Nombre, J. S. — Edad, 4 años. — Sexo, masculino. — Año 1899.

Diagnóstico. — Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado

Antecedentes hereditarios. — Se ignoran.

Antecedentes personales. — Se ignoran.

Estado actual. — Por los pocos datos obtenidos acerca de este enfermo, se sabe que se trataba de un niño en buen estado general y que ingresó al Hospital en el mes de agosto de 1899. Presentaba en el hipocondrio derecho y con evolución hacia el abdomen un tumor que hacía cuerpo con el hígado y que era móvil con los movimientos respiratorios. En el pulmón derecho, en la base, se percutía una zona mate redondeada, separada, no obstante, de la macisez hepática por una franja ligeramente timpánica.

El 12 de septiembre de 1899 se opera de su hidátide hepática. Por la intervención se extrae del lóbulo derecho del hígado una hidátide limpia; se reseca parcialmente la periquística en exceso, y se sutura la cavidad.

Octubre 7|1899. — Operación de su hidátide pulmonar. Resección costal, extracción de la membrana germinativa. Marsupialización y drenaje. No se tienen más datos de este enfermo.

OBSERVACION Nº 2.

Nombre, R. S. — Edad, 5 años. — Sexo, femenino. — Año 1899.

Diagnóstico. — Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Se ignoran.

Estado actual. — Niña bien constituída; regular estado de nutrición. Piel y mucosas pálidas. Ganglios en ambos lados del cuello. Temperatura de 38,5º por las tardes. Boca y faringe normales.

En el examen del abdomen se nota un abovedamiento en el hipocondrio derecho, el cual se continúa hacia el vientre bajo la forma de un tumor redondeado, liso y renitente, cuyo borde inferior llega hasta la línea que transversalmente pasa a la altura del ombligo. Mate a la percusión; no se percibe temblor hidatídico.

Examinando el tórax se nota en el lado derecho una ligera saliencia, en el sitio que corresponde a la base del pulmón. La percusión, en ese sitio, descubre una gran zona mate que por arriba se prolonga hasta el ángulo inferior del omóplato y que por abajo se confunde con la del hígado. La auscultación demuestra solo una respiración apagada, y un poco soplante la expiración.

Abril 25|1899. — Operación: Laparatomia lateral derecha. Extracción de una hidátide del tamaño de una naranja grande, situada en el lóbulo derecho del hígado, con líquido turbio y con algunas vesículas hijas. Resección parcial de la membrana quística y marsupialización. Drenaje con gasas secas.

Mayo 2|1899. — Operación: Resección costal al nivel de la línea axilar posterior y en una extensión como de 6 ctms.; se encuentran las pleuras adheridas; a través de ellas se punza

y se retira líquido cristal de roca. Se incinde a bisturí, y a una profundidad como de 2 ctms. se vacia una hidátide con líquido claro y sin vesículas hijas. Se fijan los bordes de la incisión pulmonar a la pared muscular, dejando amplio drenaje de gasas.

Mayo 20|1899. — La niña, en buen estado general, abandona el Hospital para seguir su tratamiento afuera. No hay más datos.

OBSERVACION Nº 3.

Nombre, A. M. R. — Edad, 11 años. — Sexo, masculino.— Año 1901.

Diagnóstico. — Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado

Antecedentes hereditarios. — El padre padece de una afección al corazón. La madre es sana; ha tenido un aborto anterior al nacimiento de este niño. Tiene siete hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Fué criado a pecho hasta la edad de diez meses; a esta edad tuvo ya una enteritis, después de la cual se le siguió alimentando con leche de yegua, exclusivamente, hasta la edad de catorce meses en que empieza a nutrirse con toda clase de alimentos. A la edad de nueve años tuvo una hemóptisis, después de la cual siguió esputando sangre por espacio de cuatro días; estos fenómenos pasaron sin consecuencias aparentes y no volvieron a producirse más. A los diez años tuvo una pleuresía seca del lado izquierdo, de la que sanó bien. Hace un mes tuvo otro vómito de sangre. El enfermo refiere que sintió, como signo precursor del vómito, algo, que él dice, le hervía en el pecho y que esta sensación subía hacia el cuello; después de esta otra hemóptisis le quedó una tos muy frecuente por el día, siendo al contrario

por la noche, muy raros los accesos; los esputos tenían muy mal olor. Siempre fué delgado y de apetito voraz. No tuvo nunca vómicas de membranas que hicieran pensar en la existencia de una hidátide del pulmón. Examinado varias veces por médicos, estos diagnosticaron una tuberculosis pulmonar. Al ingreso en el Hospital, se le hace una radiografía y se observa una sombra, de forma redondeada, en el lado izquierdo del tórax, por debajo del ángulo del omóplato.

Estado actual. — Existe una submacisez en la línea axilar izquierda, por debajo de la punta del omóplato y adelante de esta en una extensión de tres traveses de dedo; los signos de auscultación son negativos, salvo algunos raros rales húmedos diseminados; no hay abovedamiento local del tórax en ese sitio. Por la percusión del hígado se encuentra que la macisez hepática, por delante, llega hasta cerca del mamelón y que por abajo sobrepasa unos dos traveses de dedo el reborde costal. Abovedamiento general de la región hipocondríaca.

Agosto 3|1901. — Operación: Previa una punción que da salida a líquido turbio, se hace un colgajo de Delorme que toma piel, músculo y costillas, en la región de la línea axilar por debajo y adelante de la punta del omóplato y comprendiendo 3 costillas; al levantar el colgajo se abre la cavidad pleural y el borde pulmonar aparece sano; a cuatro traveses de dedo más arriba se encuentran adherencias pleurales correspondiendo al sitio del tumor; se mantiene el pulmón con pinzas y se llena la cavidad pleural de compresas; se abre el quiste, dando salida a membranas y pus en buena cantidad; se limpia su cavidad con compresas, se tapona con gasas asépticas; se reseca uno de los fragmentos de costilla comprendida en el colgajo y se hace por ahí una abertura central para establecer mejor el drenaje. Se repone el colgajo suturando la incisión. Inmediatamente después de la intervención se le inyecta ½ jeringa de Pravatz de cafeína (pulso pequeño y muy frecuente). Cuatro horas más tarde se hace una

nueva inyección de cafeína (1 c.c.) Tiene tos frecuente y esputos sanguinolentos. Insomnio. No hay fiebre.

Agosto 4|1901. — La tos es menos frecuente. Se prescribe una poción de ergotina para combatir los esputos sanguinolentos. El pulso tenso y frecuente. Se hace una inyección de 250 gramos de suero fisiológico. Por la noche tiene fiebre.

Agosto 5|1901. — Sigue la fiebre. Los esputos son menos sanguinolentos. Se cambia la curación sin tocar las gasas de drenaje. Pulso frecuente y tenso. Se le administra quinina cada dos horas (0.10 gramos).

Agosto 6|1901. — Está más tranquilo; pulso menos frecuente y tenso. La tos es muy rara. Los esputos muy poco sanguinolentos. La fiebre ha disminuido.

Agosto 7|1901. — Mismo estado.

Agosto 8|1901. — Se sacan las gasas que tenía desde el día de la operación; salen llenas de pus fétido. Se coloca un tubo de goma y gasas. Los esputos no son saguinolentos. Los accesos de tos muy raros. Tiene mucho apetito. (Por la noche enema con agua tibia). Por lo demás, el mismo estado.

Agosto 9|1901. — Mismo estado. Se cambia la curación. Por la noche la temperatura sube. Se le administra quinina. (0.10).

Agosto 10|1901. — La fiebre sigue con las mismas variaciones que los días anteriores, remisiones matutinas y ascenciones nocturnas de 39°. Se le administra 0.30 de quinina en píldoras de 0.10 gramos. Siempre mucho apetito. Alimentación láctea y sopa de fideos. Hay un poco de constipación.

Agosto 11|1901. — Mismo estado que el día anterior; por la noche, 0.10 gramos de quinina.

Agosto 12|1901. — El mismo estado por la noche; 0.10 gramos de quinina.

Agosto 13|1901. — La fiebre ha disminuido, a 38°.

Agosto 14|1901. — El estado general mejor; la fiebre ha disminuido.

Agosto 15|1901. — Se hacen curaciones; la temperatura es casi normal, 37,2º.

Agosto 16|1901. — Se siguen haciendo dos curaciones diarias, temperatura casi normal. Estado general mejor.

Agosto 19|1901. — Se saca el tubo de goma y se drena con gasas; se sigue haciendo dos curaciones diarias. Estado general mejor.

Agosto 23|1901. — Desde hoy se hace una curación diaria; estado general bueno. Se levanta; la herida supura poco; el trayecto es corto. Estado general muy bueno.

Agosto 29|1901. — Operación: Se practica una laparatomia lateral sobre el borde del recto derecho; el tumor hidatídico ocupa la cara póstero-superior del hígado y presenta algunas adherencias al diafragma; se aisla con compresas, se punza, sale un líquido teñido de bilis y se extrae la membrana; se seca la cavidad, se achica la herida y se coloca un drenaje con dos tubos de goma.

Los bordes de la herida de la operación anterior presentan un reborde granuloso, el cual se raspa con cureta.

Agosto 30|1901. — La temperatura sube, no hay vómitos; se cambia la curación. No hay abundante colerragia.

Agosto 31|1901. — Continúa la fiebre; no ha dormido por la noche, ha estado muy inquieto; se cambia la curación, no hay colerragia; por la tarde la fiebre sube a 42,4º. Se administra un enema de agua salada y tiene una abundante deposición. Por la noche duerme y pasa más tranquilo.

Septiembre 1|1901. — La fiebre ha disminuido; por la mañana ha tenido una pequeña deposición espontánea; se hacen dos curaciones; hay poca colerragia.

Septiembre 2|1901. — La colerragia es abudante; se hacen dos curaciones, la temperatura ha disminuido.

Septiembre 3|1901. — Se siguen haciendo dos curaciones diarias, la colerragia es la misma de antes. Por lo demás, el mismo estado que el día anterior.

Septiembre 4|1901. — Se hace una irrigación en la herida con un litro de agua iodada. Se sacan los puntos de sutura de la piel que existían en los extremos de la herida. Se siguen haciendo dos curaciones diarias. La colerragia es la misma.

Septiembre 5|1901. — Se siguen haciendo irrigaciones de agua iodada y dos curaciones diarias.

Septiembre 7|1901. — Se continúa con las irrigaciones con agua iodada y dos curaciones diarias. Sigue abundante la colerragia; hay un poco de pus.

Septiembre 9|1901. — Se extrae una vesícula hija del tamaño de un huevo de gallina. Se sigue haciendo lo mismo que los días anteriores. El derrame de la bilis mezclado al pus es siempre abundante.

Octubre 16|1901. — Sale abundante bilis todavía; hay menos pus; el drenaje se hace con un solo tubo; se hace una sola curación diaria. Sale del Servicio para venir a curarse todos los días, dándose de alta, sano, un mes después.

OBSERVACION Nº 4.

Nombre, C. K. — Edad, 11 años. — Sexo, femenino. — Año 1901.

Diagnóstico. — Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado

Antecedentes hereditarios. — Se ignoran.

Antecedentes personales. — Hace un año que la enferma tuvo una vómica muy abundante.

Estado actual. — Niña bien desarrollada; panículo adiposo escaso. Estado general bueno. A la inspección se nota un abovedamiento en el hipocondrio derecho; la amplitud de los movimientos respiratorios es mayor del lado izquierdo. Por la palpación se reconoce que la punta del corazón late en su

sitio normal, por debajo de la tetilla; las fosas ilíacas libres. El bazo se palpa cuando se hace respirar a la niña profundamente. El hígado se encuentra muy grande; en el hipocondrio derecho se siente una masa que se extiende hasta el epigastrio y pasa la línea media. Por la percusión el bazo da una macisez grande. En el lado derecho del tórax y por delante, se siente macisez desde el 2º espacio intercostal hacia abajo; en el lado izquierdo la percusión es normal. En la parte posterior del lado derecho, hay macisez desde la fosa infra-espinosa hasta el límite superior del hígado. En el lado izquierdo, por la parte posterior, la percusión es normal. Por la auscultación, se encuentra inmediatamente por debajo del vértice del pulmón derecho un soplo inspiratorio y expiratorio, suave, siendo más intenso por delante que por detrás; el soplo se percibe en casi toda la zona que corresponde a la macisez.

Octubre 29|1901. — Operación: Incisión siguiendo a la 6ª costilla; se resecan 4 ctms. de este hueso; se incinden las pleuras, que están adheridas a este nivel, y se abre, atravesando el diafragma, una hidátide que está colocada en la cara superior del hígado; la hidátide es grande y supurada y junto con ella sale por la herida una gran cantidad de un líquido purulento. Se deja drenaje con tubo y gasas.

Noviembre 16|1901. — La niña sigue con un poco de fiebre y temiéndose que sea debido a la retención de pus, se resuelve agrandar la herida operatoria, resecando 3 ctms. más o menos de costilla; se deja todo ampliamente abierto, colocando tubos de drenaje y gasas.

Enero 14|1902. — La fiebre ha continuado con alternativas hasta que en esta fecha sube a 40º. La supuración de la herida es escasa. La percusión es mate en toda la parte anterior y posterior del tórax derecho. Hay edema de la pared, red venosa subcutánea, el hígado descendido especialmente en el epigastrio, donde hay una zona mate que se extiende hasta tres traveses de dedo por debajo del apéndice xifoide. Soplo y

silencio respiratorio en la parte inferior derecha del tórax: expectoración purulenta.

Enero 16|1902. — Operación: Se hacen en el pulmón derecho varias punciones con resultado negativo; incisión en ángulo, empezando en la unión condro-costal en la 6ª costilla, descendiendo luego hasta la 8ª y prolongándose hacia atrás hasta la línea axilar; resección de la 7ª costilla en una extensión de 8 a 10 ctms.; la pleura y el pulmón están adheridos al diafragma y a la pleura costal; se punza el hígado a través del diafragma con resultado negativo; sin embargo, explorando con el dedo, se toca una zona indurada renitente en la parte superior hacia el vértice del pulmón; se introduce un grueso trocart que al ser retirado deja salir una gota de pus, se agranda con el bisturí el orificio de punción y se cae en una vasta cavidad que se extiende hasta el vértice del órgano, conteniendo una membrana macerada de aspecto gelatinoso y fétida que se extrae; se limpia la cavidad, que tiene el tamaño de un puño; drenaje con gasas, sutura parcial de la herida.

Enero 26|1902. — Temperatura 39º. Ha aparecido un tinte ictérico en la piel; supuración disminuida; estado general mejorado.

Enero 28|1902. — Temperatura, 38 ½º. Toda la región epigástrica está abultada y mate a la percusión; hay un poco de red venosa subcutánea. El hígado está muy descendido, hasta dos traveses de dedo por encima del ombligo.

Operación: Se hace una incisión siguiendo el reborde costal derecho, y al llegar entre el peritoneo que recubre el hígado y el del diafragma se encuentra una gran cantidad de líquido algo turbio, el cual se extrae, con gran cantidad de fibrina. El hígado está congestionado y descendido; después de la evacuación del hígado, se torna en timpánica la zona mate; se coloca drenaje y una curación.

Febrero 5|1902. — La fiebre ha ido aumentando hasta

hoy, en que se ha abierto en la parte inferior de la herida, situada sobre la 7ª costilla, un absceso con abundante cantidad de pus. El lóbulo izquierdo del hígado continúa aumentando de volumen.

Febrero 6|1902. — La fiebre ha descendido a 37º.

Febrero 10|1902. — Temperatura, 37,5º.

Marzo 25|1902. — Estado general bueno. Presenta solo dos trayectos fistulosos de corta extensión; no hay dolor, ni fiebre, muy poca supuración. Se ha resfriado.

Junio 12|1902. — Estado general bueno. Presenta solo una pequeña fístula que se va cerrando, y que no supura, en la incisión posterior correspondiente a la primera operación.

Sale de alta.

OBSERVACION Nº 5.

Nombre, I. N. — Edad, 8 años. — Sexo, masculino. — Año 1902.

Diagnóstico. — Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Siempre ha sido sano hasta hace cinco meses que empezó a tener tos y luego expectoración mucosa algunas veces teñida con sangre. La expectoración se hizo luego más abundante. Ha tenido también fiebre por las mañanas. Desde hace tres meses, los padres notan un pequeño tumor, del tamaño de un huevo de gallina, situado en el hipocondrio izquierdo, el cual, dicen, recién hace diez días que empezó a aumentar de volumen y a localizarse en el epigastrio; es por este tumor que el niño es traído al Hospital.

Estado actual. — Niño bien desarrollado; buen panículo adiposo. Estado general bueno. Presenta a la inspección, un

abovedamiento en la parte externa y ántero-externa derecha de la cavidad torácica, comprendiendo desde la 6ª a la 9ª costilla. A la percusión el pulmón derecho da una zona de submacisez al nivel de la 5ª costilla, por delante, macisez que hacia abajo se confunde con la macisez hepática; por detrás hay sonoridad en el vértice hasta un través de dedo por encima del ángulo inferior de la escápula; más hacia abajo es mate y así se prolonga hasta la macisez hepática. A la auscultación del pulmón derecho, por detrás, se oye respiración vesicular desde el vértice hasta el ángulo del omóplato, donde se hace soplante y anfórica, y donde empieza a disminuir hasta llegar a la base donde apenas se siente. El pulmón izquierdo es normal a la auscultación. El examen del abdomen presenta, además, un tumor situado en el epigastrio y que se extiende desde el apéndice xifoide hasta un través de dedo por encima del ombligo. Este tumor es indoloro, liso, algo duro y renitente, palpándose bien su borde inferior; es movible con la respiración. El borde inferior del lóbulo izquierdo del hígado no se palpa. El lóbulo derecho sobrepasa dos traveses de dedo del reborde costal, con borde liso y cortante. Los demás órganos normales.

La temperatura es de 37,5º. Tos escasa y seca.

Mayo 1|1902. — Operación: Laparatomía lateral derecha; incisión paralela al borde externo del recto; abierto el abdomen se encuentra una hidátide del hígado; extracción de su contenido y marsupialización de la cavidad a la pared. Incisión de otra hidátide situada, lo mismo que la anterior, en la cara inferior pero hacia la línea media; vaciamiento y extracción de la germinativa; se cierra la cavidad. Se deja drenaje que se lleva hasta la cavidad marsupializada; se sutura la pared abdominal en parte.

El enfermo ha continuado con temperatura alta, con expectoración purulenta, tos frecuente y mal estado general.

Mayo 15|1902. — Operación: Incisión siguiendo el borde

costal, sobre la línea axilar posterior, de unos 7 ctms. de largo y sobre la 7ª costilla; se busca el quiste que se encuentra separado por una capa espesa de pulmón; se punza, se abre, sale gran cantidad de pus y membranas, se encuentra una cavidad grande, se limpia la cavidad; drenaje y curación.

Mayo 21|1902. — Falleció con pulso filiforme y descenso de temperatura.

Autopsia parcial. En la necropsia se encuentra de parte del hígado dos hidátides más, una del tamaño de un huevo de gallina con vesículas y líquido transparente, vecina a las otras dos operadas, y situadas en la cara superior cerca del borde anterior derecho; la otra, del tamaño de una naranja, con restos de vesículas, situado en la cara superior del lóbulo izquierdo. En lo que se refiere al pulmón, hállase una pleuresía purulenta y una cavidad quística abarcando el lóbulo superior del lado derecho. Absceso subfrénico del lado derecho.

OBSERVACION Nº 6.

Nombre, A. G. — Edad, 5 años. — Sexo, femenino. — Año 1903.

Diagnóstico. — Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado

Antecedentes hereditarios. — El padre es sano; no se han podido comprobar estigmas sifilíticos; la madre ha tenido 5 abortos. Solo dos hermanos viven.

Antecedentes personales. — Inmejorables, pues al decir de la madre, la chica nunca estuvo enferma. Nació bien y fué criada a pecho hasta los diez meses.

Enfermedad actual. — Hace aproximadamente tres años notaron los padres que la niña tenía una dureza en el hipocondrio derecho; esa dureza fué creciendo hasta adquirir for-

ma redondeada y del tamaño de una cabeza de feto, que actualmente presenta. En todo este tiempo la niña no tuvo fiebre, tinte ictérico, ronchas epístaxis, ni dolor; hace tres días recién que comenzó a acusar dolor vago, sin irradiaciones, localizado en el punto culminante de la tumoración.

Estado actual. — Niña bien desarrollada y con abundante panículo adiposo; como única molestia siente, desde hace tres días, un dolor muy agudo en el hipocondrio derecho. La percusión del límite superior del hígado lo comprueba en su sitio normal. La palpación del borde inferior no se puede hacer porque la mano choca contra un cuerpo redondeado, renitente, movible y que acompaña las excursiones del diafragma en sus movimientos respiratorios; este cuerpo, palpado al través de las paredes abdominales, parece tener el volumen de una cabeza de feto. Es liso y no escotado, ni lobulado.

Operación: Laparatomia por medio de una incisión vertical de unos 10 ctms., se encuentra una hidátide hepática redondeada, con periquística espesada y del tamaño de un puño grande. Se extrae la membrana germinativa y se extirpa la periquística en exceso, fijando el pequeño muñón que queda de ella a la incisión operatoria; esta hidátide estaba localizada en la cara inferior del lóbulo derecho y era limpia. En el lóbulo izquierdo había otra hidátide más chica, limpia, pediculada y con membrana quística sumamente delgada; se extirpa esta, casi completamente, después de extraer la membrana propia. Se sutura la herida operatoria, con catgut, y en dos planos.

Tres días después el punto superior ha supurado un poco, se ha formado un pequeño absceso parietal que es necesario drenar. Diez días después la hida está cicatrizada, pero la niña tiene una bronquitis anómala y suponiéndose la existencia de un quiste hidatídico del pulmón derecho, es examinada a la pantalla; se observa que, en efecto, existe en la parte media del pulmón derecho. Sale de alta, para reingresar den-

tro de dos meses y operarse de su hidátide pulmonar. No volvió a presentarse en el Servicio.

OBSERVACION Nº 7.

Nombre, A. A. — Edad, 5 años. — Sexo, femenino. — Año 1904.

Diagnóstico. — Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del hígado

Antecedentes hereditarios. — Se ignoran.

Antecedentes personales. — Sexta hija de padres sanos; la niña ha sido siempre sana, no ha tenido ninguna de las afecciones comunes en la niñez. Hasta los tres meses lactancia materna.

Estado actual. — Niña en regular estado de nutrición; piel y mucosas pálidas; pupilas un poco dilatadas; tiene 39º de temperatura. La inspección da un estado disneico marcado. No se perciben deformaciones congénitas. Al nivel de la región hipocondríaca derecha, sin embargo, hay una deformación o saliencia, que se ha manifestado en estos últimos meses. Examinado el tórax (guiándose por un examen radioscópico que daba toda la zona pulmonar izquierda oscura), se halla que efectivamente responde esta oscuridad a una zona donde se comprueba ausencia de murmullo, soplo suave, muy lejano, sin rales y macisez absoluta. Solamente el vértice está claro y hasta da un sonido algo skódico.

El corazón se siente un poco desviado hacia la línea media. El pulmón derecho claro y con respiración supletoria. La disnea es intensa; poca tos, sin hemóptisis. A pesar de esas lesiones físicas, los signos funcionales, excepción de la disnea, no han sido advertidos y el enfermo acude al Hospital por su tumor del hígado. El vientre bien, fuera de un hígado bajo,

pasando el reborde costal y que casi llega al ombligo; por arriba su borde alcanza el 5º espacio. La palpación hace notar un tumor redondeado, de superficie lisa, consistencia renitente, bien limitado y colocado, al parecer, en la parte ántero-superior del órgano. Se mueve y baja con los movimientos respiratorios. El pulso es frecuente, hay temperatura por arriba de 38º. En la enferma no se ve signo de comprensión mediastínica.

Examen de sangre: No hay red fibrinosa. Hemoglobina, 60 %. Glóbulos rojos, 3.860.000. Glóbulos blancos, 18.000. Polinucleares, 77 %. Linfocitos, 16 %. Mononucleares, 5 %. Eosinófilos, 2 %.

El examen radiográfico enseña dos sombras situadas respectivamente en la región torácica inferior derecha y torácica mediana izquierda. La primera de ellas se continúa con la sombra de la cúpula diafragmática derecha y corresponde a una hidátide del lóbulo derecho del hígado, con evolución torácica. La sombra, en altura, llega hasta la 6ª costilla, presentando un borde superior convexo hacia arriba. Es notable el ensanchamiento del hipocondrio en el sitio que corresponde a la sombra, traduciéndose en la radiografía por el ensanchamiento de los arcos costales.

La segunda sombra está situada en la región torácica izquierda y se extiende, en altura, desde el segundo espacio intercostal hasta la 7ª costilla; ella aparece un poco enmascarada porque por dentro se confunde con la sombra cardíaca y porque en gran parte se hace confusa por la proyección del omóplato correspondiente. A pesar de todo se puede apercibir, en el segundo espacio intercostal, su borde superior neto y convexo. Por debajo esta sombra está separada de la sombra correspondiente a la cúpula diafragmática, notándose claro el seno costo-diafragmático. No hay mayor ensanchamiento de los arcos costales.

Octubre 20|1904. — Operación: Previa punción en plena zona mate, 7º espacio intercostal izquierdo, que da líquido

cristal de roca, se hace una incisión de 6 ctms. sobre la 7ª costilla y se reseca en una extensión de 4 ½ ctms. El tacto, a través de esta brecha, comprueba la existencia de un tumor pulmonar en conexión directa e íntimamente adherido a la pleura parietal. Abierto el periostio, pleura y membrana quística, se da salida al contenido de un quiste hidatídico limpio y del tamaño de una cabeza de feto. Se seca ligeramente la amplia cavidad y se sutura la capa de tejidos, que comprende periostio, periquística y pleura, al plano muscular. Se establece un amplio drenaje, estrechando los extremos de la incisión y se aplica una curación. Los resultados inmediatos operatorios son buenos, dando poco líquido y no supurando. El pulso sigue siendo frecuente. La temperatura elevada, alcanzando ciertos días 39º. Estando la herida pulmonar en buenas condiciones y requiriendo ser operada de la otra hidátide hepática por creérsela supurada, se procede a una otra intervención una semana después.

Octubre 27|1904. — Anestesia clorofórmica. Incisión longitudinal siguiendo el borde externo del recto derecho. Una vez abierto el peritoneo se cae sobre el tumor que se halla cubierto por una delgada capa de tejido hepático (tres milímetros). Se incinde esta en forma crucial para llegar, abriendo la membrana quística, hasta la germinativa. Conseguido esto y puesta en descubierto en una extensión de 4 ctms. cuadrados, comienza a hacer hernia la germinativa hasta aparecer íntegra al exterior sin abrirse. La hidátide parece limpia en su contenido y la germinativa intacta; sin embargo, se comprobó al incindir la quística que salía pus que estaba acumulado entre esta y la germinativa; la cantidad de pus puede apreciarse en 2 gramos más o menos, y era perfectamente formado. (La punción de la hidátide obtenida muestra que el líquido hidatídico es claro aunque muy ligeramente enturbiado). La palpación del interior de la cavidad, enseña otra hidátide colocada en la cara superior y separada de la pri-

mera por un tabique delgado que espontáneamente se rompe, apareciendo entonces su germinativa en el interior de la primera cavidad. Haciendo presiones sobre el tórax y vientre se consigue exteriorizar casi la mitad de la segunda hidátide, pero en una de esas maniobras se rompe la membrana y se derrama todo el líquido. Antes de efectuar esa maniobra con la segunda hidátide, la quística del primero había sido fijada ya, marsupializándola al plano muscular. Una vez bien secadas las cavidades, se drena ampliamente.

Octubre 28|1904. — El estado general no mejora. El pulso es muy frecuente. Hay disnea y la temperatura ha subido a 39,8º.

En los días subsiguientes la enferma mejora paulatinamente.

Noviembre 15|1904. — Ya no hay temperatura ni disnea. La herida ha disminuido en profundidad y da poca supuración en las curaciones.

Diciembre 6|1904. — Es dada de alta, curada.

OBSERVACION Nº 8.

Nombre, D. G. — Edad, 5 años. — Sexo, masculino. — Año 1905.

Diagnóstico. — Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del hígado

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — El niño viene del campo, sin que la persona que lo trae pueda suministrar datos sobre los antecedentes del enfermo.

Estado actual. — Niño bien constituído; mal estado de nutrición. Piel y mucosas pálidas. Ganglios pequeños en las axilas, ingles y ambos lados del cuello. Temperatura, 39º por

las tardes. Tos frecuente y con expectoración muco-purulenta. Boca y faringe normales.

En el abdomen se ve y se palpa un tumor redondeado, liso, renitente, del tamaño de una naranja, que por arriba se continúa con el hígado y que por debajo llega hasta la altura del ombligo. Móvil con los movimientos respiratorios. No da frémito hidatídico a la percusión. El examen del tórax revela una deformación grande del lado derecho, especialmente en la base y sobre la pared anterior y lateral. Por la percusión se aprecia una macisez completa, tanto en la parte anterior como posterior del tórax, macisez que por debajo se confunde con la del hígado, y por arriba se extiende hasta el nivel de la espina del omóplato. En el vértice pulmonar la percusión da skodismo. Auscultando, se observa que en casi toda la zona oscura hay disminución del murmullo vesicular y en algunos sitios completo silencio respiratorio. La radioscopía muestra una enorme hidátide del pulmón derecho, situada en el lóbulo inferior.

Diciembre 30|1905. — Operación: Anestesia clorofórmica ligera. Resección de la 8ª costilla, en una extensión de 6 ctms. al nivel de la línea axilar posterior. Resecada la costilla se ve, a través de la pleura parietal, deslizar el pulmón, el cual no tiene en ese sitio adherencias con la pared. Una punción capilar da líquido turbio. Se arponea el pulmón para fijarlo a la pared antes de incindirle; en esta maniobra se produce un neumo-tórax. Se incinde la membrana quística y se abre una hidátide grande del tamaño de un huevo de avestruz; la germinativa presenta exudados purulentos; no hay vesículas hijas. Con puntos de catgut se marsupializa y se deja drenaje amplio con gasas secas.

Enero 5|1906. — Persiste y se acentúa la gravedad. Pulso, 140 por minuto. Fatiga intensa. La temperatura persiste. La herida segrega muy poco.

Enero 10|1906. — El enfermo fallece. No se puede efec-

tuar la autopsia, ni comprobar, quirúrgicamente, las otras hidátides diagnosticadas.

OBSERVACION Nº 9.

Nombre, G. Y. — Edad, 3 años. — Sexo, femenino. — Año 1905.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón deercho, del hígado y del espacio retro-peritoneal perirrenal.

Antecedentes hereditarios. — Padres jóvenes y sanos.

Antecedentes personales. — Niña criada a pecho hasta la edad de un año. Ha sido siempre sana hasta hace aproximadamente dos meses, en que tuvo fiebre, tos y expectoración. El médico que entonces la asistió, en el campo, comprobó la existencia de una hidátide en el lóbulo izquierdo del hígado, atribuyendo la sintomatología presentada a algún otro tumor de la misma naturaleza desenvuelto en el pulmón.

Estado actual. — Niña bien constituída. Buen estado general, regular estado de nutrición. Piel y mucosas bien coloreadas. Boca y faringe normales. En el examen del abdomen se reconoce, en el hipocondrio izquierdo, un tumor liso y renitente, redondeado y móvil en las excursiones respiratorias. Mate a la percusión, su macicez se continúa por arriba con el lóbulo izquierdo del hígado. No da frémito hidatídico. Su tamaño es aproximadamente el que corresponde a una naranja chica. El examen del aparato respiratorio muestra en el pulmón derecho y a la altura de la 3ª costilla, por delante, por el costado y también por detrás, una submacicez. Auscultando a ese nivel se apercibe disminución del murmullo vesicular y una expiración un poco soplante.

El corazón se presenta normal, tanto a la percusión como a la auscultación.

La radioscopía muestra la existencia de una sombra redondeada, como hecha al compás, y situda inmediatamente por debajo del vértice derecho.

Octubre 31|1905. — Operación: Anestesia clorofórmica ligera. Resección de un trozo de 5 ctms. al nivel de la línea axilar media y correspondiente a la 4ª costilla. Se encuentra que las pleuras están adheridas en ese sitio; se efectúa una punción capilar y se retira líquido cristal de roca. Se incinde el pulmón y, a muy poca profundidad, se abre una hidátide a contenido limpio, del cual se extrae la membrana germinativa que no contiene vesículas hijas. Los bordes de la membrana quística se marsupializan fijándolos a la pared muscular. Drenaje con gasas secas.

Los días subsiguientes a la operación la enferma tiene temperatura por las tardes. La percusión en los alrededores de la herida operatoria da sonido mate.

Noviembre 27|1905. — La temperatura ha desaparecido. Buen estado general; la herida supura francamente.

Por espacio de dos meses la herida supura, cada vez menos, y la cavidad se achica hasta cerrarse completamente el 20 de enero de 1906.

Noviembre 27|1906. — Operación: Laparatomía lateral izquierda, supraumbilical. Incindidos los diversos planos se abre la cavidad abdominal y se encuentra una hidátide del lóbulo izquierdo del hígado, del tamaño de una naranja y no adherido a la pared; se punza con un trocart dándose salida a 150 gramos de líquido cristalino. Se incinde la membrana quística y se extrae la germinativa. Se sutura la cavidad quística sin drenaje y se fija a la pared. Cierra por primera intención en diez días, siendo dada de alta.

Octubre 14|1910. — Esto es, cuatro años y medio después, la enferma reingresa al Servico. Su estado general es entonces el siguiente:

Buen estado general y de nutrición. No tiene tempera-

tura. Funciones digestivas y respiratorias normales. Por la percusión y auscultación no se nota nada anómalo en el pulmón operado.

Presenta dos cicatrices, correspondientes a las intervenciones anteriores, una en la axila derecha y la otra debajo del reborde costal izquierdo a cuatro traveses de dedo por afuera de la línea media.

En el examen del vientre, en el hipocondrio izquierdo y a la altura del reborde costal, se nota un tumor renitente y liso, del tamaño de una naranja, movible con los movimientos respiratorios y mate a la percusión.

Octubre 22|1910. — Operación: Laparatomía lateral izquierda inmediatamente por debajo del reborde costal y sobre la parte superior de la cicatriz dejada por una intervención anterior. Abierto el peritoneo, se nota la presencia de una hidátide retrocavitaria que adhiere al polo inferior del riñón izquierdo y que por delante adhiere también algo al bazo, sin estar, sin embargo, incluído en ninguno de estos dos órganos. Se aisla bien de la cavidad peritoneal y se incinde la hidátide, dando salida a líquido cristal de roca; se retira de la cavidad quística una membrana germinativa sin vesículas hijas. Como la membrana quística adhiere únicamente a los órganos vecinos sin contraer mayores adherencias con ellos, se extirpa casi completamente, sin dificultad. Se hace hemostasia en la superficie cruenta consecutiva a esta extirpación y se cierra la cavidad abdominal parcialmente, dejando un pequeño drenaje.

Octubre 27|1910. — Buen estado general, temperatura 38°. Pulsaciones 90.

Octubre 28|1910. — La temperatura es de 37°. La herida drena serosidad sanguinolenta.

Noviembre 1|1910. — No hay temperatura. La herida va cerrándose.

Noviembre 10|1910.— La enferma es dada de alta, curada.

OBSERVACION Nº 10.

Nombre, N. N. — Edad, 7 años. — Sexo, masculino. — Año 1906.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia. La persona que lo trae manifiesta que el niño siempre ha sido sano y que le traen al Hospital porque, al bañarlo, han notado que tiene un tumor en el vientre. No se tiene mayores datos sobre el estado actual de este enfermo, ni sobre los antecedentes de su enfermedad. Se diagnostica hidatidosis hepática.

Marzo 19|1906. Operación: Laparatomía lateral derecha, supra-umbilical, extracción de la membrana germinativa y de líquido correspondiente a una hidátide unilocular alojada en el lóbulo derecho del hígado. Sutura de la cavidad quística sin drenaje, con fijación a la pared. Se reconocen otras dos hidátides que se dejan para otra intervención. Ocho días después el niño está sano de su operación.

Habiéndose efectuado una radiografía con objeto de examinar la parte superior del hígado, se apercibe que en la base del pulmón izquierdo hay otra hidátide, cuya existencia no había sido sospechada.

Marzo 29|1906. — Operación: Anestesia clorofórmica ligera; resección costal al nivel de la línea axilar posterior y sobre la 8ª costilla. Se abre un tumor hidatídico del pulmón que se marsupializa y se drena.

Mayo 2|1906. El niño está curado de su segunda intervención.

Mayo 5|1906. — Operación: Laparatomía lateral derecha; extracción de dos hidátides situadas en el lóbulo derecho del

hígado y cuya existencia había sido ya comprobada en la primera intervención. Cierre de ambas, sin drenaje, con fijación a la pared abdominal.

Dado de alta, curado, a fines de mayo de 1906.

OBSERVACION Nº 11.

Nombre, A. P. — Edad, 7 años. — Sexo, femenino. — Año 1907.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Se ignoran.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta el año. Padeció de gastro-enteritis. A los cinco años tuvo sarampión. Su enfermedad data de cuatro a cinco meses atrás, en que tuvo tos, un poco de temperatura y expectoración con sangre. Hace quince días le han notado una tumoración en el lado derecho del vientre.

Estado actual. — Niña bien constituída y en regular estado de nutrición. Piel y mucosas algo pálidas. Ganglios pequeños en ambos lados del cuello. Ligera temperatura, 37º5 por las tardes. Boca y faringe normales. Corazón normal en la percusión y auscultación. Pulso de buena tensión, un poco frecuente.

En el examen del abdomen se ve y se palpa una tumoración doble, del tamaño, cada una, de un huevo de gallina y situadas en el borde anterior del hígado. Ambas son lisas y renitentes, moviéndose durante las excursiones respiratorias. No hay frémito hidatídico. En el examen de los pulmones, se nota que en la base del pulmón derecho hay una zona redondeada, de macicez apreciable, sobre todo percutiendo por detrás y por el costado. El límite inferior de esta zona está

separado de la macicez hepática por una franja sonora. Por la auscultación se apercibe silencio respiratorio.

La radioscopía muestra una sombra clásica de hidátide en el lóbulo inferior del pulmón derecho.

Enero 26|1907. — Operación: Anestesia clorofórmica ligera; resección costal al nivel de la línea axilar posterior y correspondiente a la 7ª costilla. Punción capilar positiva, retirando líquido cristal de roca. Pleuras adheridas. Incisión de la membrana quística pulmonar. Extracción de dos hidátides. situadas una al lado de la otra sobre el borde anterior del hígado. Ambas limpias y sin vesículas hijas. Cierre de las cavidades, sin drenaje, fijándolas a la pared.

Mayo 20|1907. — Curada.

OBSERVACION Nº 12.

Nombre, H. L. — Edad, 12 años. — Sexo, femenino. — Año 1907.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Se ignoran.

Antecedentes personales. — Se ignoran.

Estado actual. — Niña en regular estado de nutrición; esqueleto bien desarrollado. No hay ganglios. El examen del tórax, a la inspección, no denota nada de particular. A la percusión se encuentra una zona submate de forma redondeada, situada en el vértice del pulmón izquierdo. En el pulmón derecho no hay nada de particular. Por la auscultación, se escucha un soplo expiratorio en el vértice izquierdo que disminuye de intensidad, hasta desaparecer, a medida que se acerca a la base; en la base pulmonar la respiración es normal y no se oyen rales ni frotes. Las vibraciones están

abolidas en el vértice del pulmón izquierdo. La enferma tiene tos frecuente con esputos sanguinolentos, habiendo tenido en el día de ayer dos hemóptisis.

La radiografía hace ver una sombra redonda en el vértice pulmonar izquierdo. Boca y faringe normales. Lengua saburral. Hígado grande sobrepasando 5 traveses de dedo el reborde costal; se palpa en su superficie dos tumores, de los cuales uno de ellos ocupa la línea media. Siendo de consistencia líquida, de superficie lisa y no doloroso. Bazo de tamaño normal. El resto del vientre un poco elevado, pero no tumoral ni doloroso. Corazón tonos normales, pulso un poco frecuente (86 pulsaciones por minuto).

Examen de sangre: Hemoglobina 50%. Glóbulos rojos 3.440.000. Glóbulos blancos 14.000. Relación globular 1 blanco x 230 rojos. Retículo abundante. Equilibrio leucocitario: Polinucleares 79%. Mononucleares 8%. Linfocitos 12% Eosinófilos 1%.

Examen de orina: Nada de particular.

Enero 7|1908. Operación: Incisión costeando longitudinalmente a la 6ª costilla al nivel de la línea escapular; resección de la costilla subyacente (6ª). Resecada la costilla, se punza el parénquima pulmonar adherido que da salida a un líquido transparente y claro como agua. Se evacúa el quiste, se saca la membrana hidatídica y se ve que la cavidad del quiste está en comunicación con un bronquio. Se deja drenaje.

No hay más datos.

OBSERVACION Nº 13.

Nombre, R. P. — Edad, 11 años. — Sexo, masculino. — Año 1908.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos de ambos pulmones y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Tres aborrtos anteriores al nacimiento del niño. Un hermano fué operado de dos quistes hidatídicos.

Antecedentes personales. — Sarampión y tos convulsa a los cinco años de edad.

Enfermedad actual. — El enfermo padece, desde hace veinte días, de tos frecuente y de pequeñas hemóptisis, las cuales durante dicho tiempo se produjeron cuatro veces y consecutivas siempre a un acceso de tos. Según referencias del enfermo, la sangre arrojada era oscura y espumosa. No ha acusado dolor alguno.

Estado actual. — Niño bien desarrollado. Buen esqueleto. Regular estado de nutrición. El tipo respiratorio es costo-abdominal.

El examen del pulmón derecho, por detrás, demuestra que hay sonoridad percutoria normal hacia arriba, pero macicez abajo, la que comienza al nivel del ángulo escapular. Hay también ausencia de vibraciones vocales en esta última región. La respiración es vesicular en el vértice, pero muy alejada en la base. Hay aún ligeros ruidos en la base, al parecer frotes pleurales. Resonancia de la voz arriba. Ligera egofonia en la base. El examen del pulmón izquierdo muestra que hay sonoridad percutoria normal en toda su extensión. La respiración es vesicular y las vibraciones son normales. Resonancia de la voz normal. Base movible.

El examen del corazón muestra que el choque de la punta

está por dentro de la línea mamilar y al nivel del 5º espacio intercostal. Gran área cardíaca percutoria normal.

En el abdomen se observa, en su mitad superior, una eminencia difusa que ocupa todo el hipocondrio derecho y el epigastrio, constituído por un tumor voluminoso mate, liso, indoloro, renitente y de superficie lisa, cuya macicez se confunde con la del hígado por su parte superior, llegando su límite inferior al nivel de una línea que pasara por el ombligo. Movible con los movimientos respiratorios. No se palpa el borde inferior del hígado, pues él se continúa con la tumoración. Su borde superior se presenta en el 5º espacio. No hay bazo. Fosas ilíacas libres. Lengua húmeda, ligeramente saburral. Buen apetito. Vientre normal. Orinas normales. Esputos fibrinosos de coloración rosada con estrías de sangre. Dedos de la mano con deformaciones hipocráticas. No hay hipertermia.

El enfermo acusa ahora una puntada en la base pulmonar derecha, parte posterior.

Examen de sangre: Glóbulos rojos 3.860.000. Glóbulos blancos 15.500. Relación globular 1 blanco x 249. Retículo abundante. Hemoglobina 70%. Polinucleares 73%. Mononucleares 8%. Linfocitos 18%. Eosinófilos 1%.

Examen radiográfico: La radiografía obtenida enseña dos sombras redondeadas y situadas una en cada pulmón.

La sombra del pulmón derecho está situada en la parte inferior, inmediatamente por encima de la cúpula diafragmática. Si bien esta sombra es un tanto difusa y no deja, entre ella y el hígado, zona clara alguna, en su conjunto da la impresión de la imagen correspondiente a una hidátide de la base del pulmón derecho. El seno costo-diafragmático aparece claro.

La sombra del pulmón izquierdo es más neta, sus bordes son perfectamente redondeados. Parte de esta imagen se con-

funde hacia adentro con la sombra cardíaca y hacia afuera y arriba con la sombra que proyecta el omóplato izquierdo.

Junio 13|1908. Operación: Anestesia clorofórmica ligera. Se reseca la 8ª costilla en la región lateral derecha. Por la punción se comprueba la presencia de líquido purulento. Incisión del parénquima pulmonar adherido; amplia abertura del quiste. Extracción de la membrana germinativa; sale detrás de ella una cantidad de pus, que al parecer está situado entre la membrana y la quística. Sutura de los bordes pleuro-pulmonares a la pared torácica. Amplio drenaje .

Julio 15|1908. Es retirado del Servicio en buen estado de nutrición, la herida supura poco. Sin fiebre, buen estado general.

Sus otras hidátides no fueron operadas en el Servicio.

Dos años después el enfermo vuelve a presentarse en el Servicio, levantándose entonces el siguiente estado actual:

Estado actual. — Niño bien constituído y con esqueleto bien desarrollado, panículo adiposo escaso; piel y mucosas bien coloreadas; en la ingle se palpan ganglios. Tórax redondeado, tipo respiratorio costo-abdominal; respiraciones, 24 por minuto; excursión respiratoria igual en ambos lados. A la inspección se observa la tetilla derecha un poco por encima de la izquierda y los espacios intercostales algo marcados; en la parte posterior, hacia el lado derecho, se nota una cicatriz quirúrgica, dejada por una neumotomía anterior, de 8 ctms. de extensión, situada al nivel de la 7ª costilla, adherente y dolorosa a la presión; vibraciones vocales del pulmón derecho disminuídas, las del izquierdo normales. A la percusión se observa una zona de submacicez que circunda la cicatriz antes citada; hay skodismo. Ligera submacicez en el vértice del pulmón izquierdo. A la auscultación del pulmón derecho se nota disminución de la entrada de aire al nivel de la submacicez; la respiración es soplante en el pulmón izquierdo. Tos frecuente, con expectoración abundante, aereada, tos que se

hace más intensa cuando el enfermo se acuesta sobre el lado izquierdo hasta el punto de impedirle el sueño, y no sintiendo molestia alguna, en cambio, cuando descansa sobre el lado derecho. Hígado no palpable a causa de la defensa, por dolor, que opone el enfermo cuando se trata de palparlo. El dolor se presenta también bajo forma de puntada que el niño localiza en el hígado. El límite percutorio superior se encuentra entre la 5ª y la 6ª costilla.

Examen de sangre: Hemoglobina 60%. Globulos rojos 4.660.000. Glóbulos blancos 4.500. Relación globular 7 x 1035. Retículo regularmente abundante. Equilibrio leucocitario: Polinucleares 54%. Mononucleares 10%. Linfocitos 29%. Eosinófilos 3%. Forma de transición 3%. El examen de esputos no demuestra ni ganchos ni bacilos de Koch.

Junio 25|1910. — Operación: Bajo anestesia clorofórmica, se interviene practicando una incisión de 6 ctms. al nivel de la línea axilar posterior izquierda y a la altura de la 8ª costilla. Resección de un segmento costal; se incinde la pleura y se explora la región, observándose que el tumor quístico se halla situado muy por arriba y adherido a la pleura; se cierra la herida, suturando los diversos planos, para volverle a intervenir nuevamente, en otra sesión, efectuando una resección costal más apropiada.

Julio 25|1910. — El enfermo abandonó el Servicio sin que fuera sometido a esa nueva intervención.

OBSERVACION Nº 14.

Nombre, A. P. — Edad, 9 años. — Sexo, femenino. — Año 1908.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Un hermano tuvo un quiste hidatídico del hígado.

Antecedentes personales. — Niña criada con alimentación artificial. Padeció de gastro-enteritis repetidas. A los cuatro años tuvo sarampión, escarlatina a los seis años.

Enfermedad actual. — Su enfermedad actual comenzó seis meses atrás con fiebre, expectoración sanguinolenta y mucha tos. Hace dos meses, dicen los padres, arrojó en un ataque de tos unas membranas blancas semejantes a la clara de huevo cocido.

Estado actual. — Niña bien constituída; mal estado de nutrición. Piel y mucosas pálidas. Ganglios pequeños en las axilas, ingles y ambos lados del cuello. Boca normal. Amígdalas un poco grandes. El examen del abdomen muestra en el hipocondrio derecho una tumoración lisa, renitente y redondeada, haciendo cuerpo con el lóbulo derecho del hígado. Móvil con los movimientos respiratorios, se extiende hacia abajo hasta cerca del ombligo.

En el examen del tórax se nota una saliencia en el lado izquierdo al nivel de la 6ª y 7ª costillas por delante y por el costado. La percusión a ese nivel da una submacicez redondeada. Auscultando, se notan algunos rales, así como una disminución del murmullo vesicular.

La radioscopía muestra una sombra difusa en ese sitio.

Agosto 31|1908. — Operación: Anestesia clorofórmica ligera. Resección de 5 ctms. de la 7ª costilla, al nivel de la

línea axilar posterior; punción capilar retirando una pequeña cantidad de líquido purulento. Pleuras adheridas en ese sitio. Incisión del parénquima pulmonar; a una distancia de 2 ctms. se cae en una cavidad, de la cual se extrae una membrana germinativa supurada y sin vesículas hijas. Marsupialización y drenaje.

Por espacio de dos meses la herida supura ampliamente. El estado general mejora paulatinamente.

Noviembre 8|1908. — Curada de la hidátide pulmonar.

Noviembre 20|1908. — Operación: Laparatomía lateral derecha supra-umbilical; se extrae una hidátide del tamaño de un huevo de avestruz, unilocular y alojado en el lóbulo derecho del hígado. Resección parcial de la membrana quística y sutura sin drenaje, fijándolo a la pared.

Diciembre 4|1908. — Dada de alta curada de su hidátide hepática.

OBSERVACION Nº 15.

Nombre, J. S. — Edad, 9 años. — Sexo, masculino. — Año 1909.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Padre de cuarenta y cinco años; madre de treinta y dos, ambos sanos. Hay siete hijos vivos y tres muertos. La madre ha tenido un aborto anterior al nacimiento del enfermo.

Antecedentes personales. — No ha tenido ninguna enfermedad infecciosa en su infancia. Su procedencia es de la campaña, donde había muchos perros y con los que acostumbraba jugar.

Ingresa al Servicio quejándose de dolores en la región epigástrica.

Estado actual. — Niño en buen estado de nutrición. Regular panículo adiposo; piel y mucosas bien coloradas. Buen desarrollo óseo y muscular. Lengua ligeramente saburral. Dientes mal implantados. Faringe normal. Hígado aumentado de volumen; su borde superior llega a la 5ª costilla; su borde inferior llega a dos traveses de dedo por encima del ombligo. Por debajo del apéndice xifoide se halla un tumor del tamaño de una mandarina que hace cuerpo con el hígado; de consistencia renitente y mate a la percusión. Un poco hacia la izquierda, se encuentra otro tumorcito con los mismos caracteres que el primero, pero más pequeño. Ambos tumores son de superficie perfectamente lisa, no dolorosos a la palpación y siguen juntos con el hígado los movimientos respiratorios.

Examen de sangre: Hemoglobina 90%. Glóbulos rojos 4.180.000. Glóbulos blancos 15.000. Relación globular 1 x 228. Retículo escaso. Equilibrio leucocitario: Polinucleares 61%. Mononucleares 3%. Forma de transición 1%. Linfocitos 33%. Eosinófilos 2%.

Abril 22|1909. Operación: Laparatomía mediana supraumbilical. Incisión de los diferentes planos músculo-aponeuróticos y del peritoneo. Se aisla la cavidad peritoneal con compresas; se encuentra una hidátide en el parénquima hepático, de contenido claro y del tamaño de una mandarina; después de haber retirado la membrana germinativa, se comprueba la existencia de otra hidátide situada por detrás del epiplón gastro-hepático; su contenido es algo purulento. Drenaje y marsupialización de ambos.

Julio 7|1909. — Curado de una hidatidosis hepática.

Julio 10|1909. — Temperatura 38º5. Tiene al nivel del pulmón derecho, cerca de la base, una pequeña submacicez. A la auscultación se oyen rales crepitantes y subcrepitantes del lado izquierdo. En ambas bases entra el aire con cierta dificultad.

Al día siguiente amanece con una erupción de sarampión.

Pasa a la sala de infecciosas, donde se asiste de dicha enfermedad. A los veinte días regresa a la sala de cirugía.

Se le obtiene una radiografía y se comprueba un tumor hidatídico del pulmón derecho, ubicado cerca de la base. Hay macicez marcada en esa región.

Octubre 28|1909. — Operación: Incisión al nivel de la 7ª costilla derecha, entre la línea axilar posterior y la anterior. Resección de dicha costilla en una extensión de 8 ctms., incisión de la pleura adherida y extirpación de la membrana germinativa de una hidátide supurada. Drenaje de la cavidad. Se sutura el pulmón a la pared costal.

Noviembre 2|1909.— Se encuentra con temperatura todos los días entre 38º y cerca de 40º; se le examina y se encuentra algo hacia atrás de la herida, un poco de macicez; explorando la cavidad con un estilete se nota ahí una cavidad que se dirige hacia abajo y donde se acumula pus; se establece drenaje en mejores condiciones y con ello la temperatura baja.

Diciembre 20|1909. — De alta curado de su hidatidosis pulmonar.

OBSERVACION Nº 16.

Nombre, F. M.— Edad, 7 años. — Sexo, femenino. — Año 1913.

Diagnósticos Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tuvo coqueluche y neumonia. Notaron los padres, un año atrás, que la niña tenía abultado el hemitórax derecho y aún parte del hipocondrio de ese mismo lado. Fué intervenida ya entonces, extirpándose una hidátide del pulmón derecho; de esta operación curó bien.

Hace dos meses que le notaron otra hidátide, alojada en

el hígado, la que fué extraída marsupializándose la cavidad quística. Como consecuencia de esta operación la niña tuvo temperatura por las tardes que llegaba hasta 40°, descendiendo por la mañana a 37° y aún menos; más adelante esta temperatura se hizo continua, sube a 40° y se mantiene en ese estado durante seis días, con gran decaimiento general, delirio, cefalea y diarrea; se hace entonces una punción en el 5° espacio intercostal derecho, la que da salida a un líquido citrino que mandado analizar demuestra un ligero predominio de linfocitos. No se observan ganchos.

Examen de sangre: normal.

Examen de orina: normal.

Curada dos meses después.

OBSERVACION Nº 17.

Nombre, M. L. S. M. — Edad, 7 años. — Sexo, femenino. — Año 1913.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niña criada a pecho hasta los catorce meses; no ha tenido más que sarampión. No ha padecido de trastornos gastro-intestinales. Hace dos días que la madre notó una tumefacción situada a la derecha de la línea media y sobre el reborde costal ,tumefacción que no le ha producido dolores. Ha tenido un poco de fiebre, pero no ha tenido tos ni esputos con sangre. Ha vivido en el campo.

Estado actual. — Niña en buen estado general y de nutrición; buen desarrollo esquelético. El examen del tórax, por detrás, a la inspección, no muestra nada de anormal. A la percusión, el pulmón derecho, da sonoridad normal hasta dos

traveses de dedo por encima de la punta del omóplato; más hacia abajo hay una zona de macicez. A la auscultación, la respiración es un poco ruda en el pulmón izquierdo; en el pulmón derecho, en cambio, la respiración es normal. La inspección del tórax, por delante, no revela nada anormal; la percusión y auscultación no dan signos clínicos. El examen del abdomen revela una tumefacción que hace relieve a la derecha de la línea media, que es dolorosa a la palpación, que hace cuerpo con el hígado, que sigue sus movimientos respiratorios y que es mate a la percusión. El examen de orina es normal. El examen de sangre no demuestra eosinofilia. Hay abundante retículo y un valor globular de 0,42.

Examen radiográfico: La radiografía obtenida en sentido ántero-posterior muestra una sombra redondeada ubicada en el lado derecho del tórax, cuyo borde superior convexo bien neto y como tirado al compás pasa entre la 4ª y 5ª costillas; su borde inferior, menos claro, alcanza la 8ª costilla. Por su borde externo la sombra se detiene un poco antes del límite externo, radiográfico, de la caja torácica. Por su borde interno alcanza y sobrepasa hacia adentro a la sombra cardíaca, produciéndose en esta, en el sitio de la superposición, un refuerzo de su imagen. En su conjunto la sombra originada por la hidátide tiene una forma ovalar.

Enero 25|1913. — Operación: Se hace una incisión de 10 ctms. a dos traveses de dedo por debajo de la punta del omóplato; se desperiosta la costilla correspondiente y se extirpa un trozo. Se abre la pleura adherida y se da salida a una cantidad de pus, en medio del cual también se elimina una germinativa; se marsupializa y se deja drenaje, por el cual comienza a salir pus y sangre en pequeña cantidad.

Los días subsiguientes la herida drena pus abundante y el cuadro térmico muestra oscilaciones de 37º a 38º, acompañado esto de decaimiento general.

Agosto 11|1913. — De alta completamente curada.

La hidátide hepática no fué operada.

OBSERVACION Nº 18.

Nombre, R. G. — Eded,a 10 años. — Sexo, masculino.— Año 1914.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Criada a pecho hasta el año y medio; ha tenido sarampión y escarlatina, causa, esta última, de su ingreso al Hospital de Niños. Curado de su escarlatina pasa al Servicio de Cirugía, por cuanto presenta síntomas de una hidatidosis. No se han podido recoger mayores datos, pues la familia no los suministra.

Estado actual. — Niño en buen estado de nutrición y bien constituído; piel y mucosas normales. Cabeza y cuello normales. El examen del aparato circulatorio muestra que hay taquicardia y "claquement" de la sigmoidea pulmonar.

El examen del aparato respiratorio enseña, por la inspección, un ligero abovedamiento del lado derecho en la base del tórax. La palpación en ese sitio no revela nada de anormal, pero la percusión denota una ligera submacicez en la base del pulmón derecho. Como síntomas funcionales, mucha tos seca. El abdomen muestra a la inspección un abovedamiento en el hipocondrio derecho; la palpación advierte un gran tumor abdominal en el hipocondrio derecho.

Examen de sangre: Hemoglobina 70%. Glóbulos rojos 4.200.000. Glóbulos blancos 7.500. Retículo escaso. Equilibrio leucocitario: Polinucleares 52%. Mononucleares 1%. Linfocitos 47%. Eosinófilos 0%.

Octubre 27|1914. — Operación: Sospechando la presencia de un quiste hidatídico del pulmón, se hace una punción exploradora, a la altura de la 8ª costilla derecha, lo que ase-

gura el diagnóstico: se procede de inmediato a una pleurotomía y se comprueba la presencia de una hidátide pulmonar que se abre y drena, fijando la quística a la pared. Drenaje con tubos de goma. El tumor del hipocondrio derecho, que se reconoce por una hidátide del hígado, se deja para una nueva intervención.

Noviembre 14|1914. — Operación: Se interviene el tumor del hipocondrio derecho, resultando una hidátide de la cara inferior del hígado. Se deja drenaje, pues la hidátide tiene un contenido turbio.

Diciembre 14|1914. — Habiéndose notado oscilaciones en la curva térmica que hicieron sospechar una colección purulenta en la pleura, se resuelve hacer una punción exploradora en el pulmón derecho; se saca un líquido conteniendo pus y sangre; se efectúa una costotomía y se explora en busca de la colección purulenta pleural, pero sin resultado.

Diciembre 16|1914. — La temperatura desciende; mejor estado general.

Diciembre 30|1914. — Dada de alta curada.

OBSERVACION Nº 19.

Nombre, C. O. — Edad, 8 años. — Sexo, femenino. — Año 1914.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo, pulmón derecho e hígado.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Han tenido cuatro hijos vivos y sanos.

Antecedentes personales. — Niña criada a pecho durante diez y ocho meses; tuvo gastro-enteritis; ninguna enfermedad infecciosa.

Enfermedad actual.— Hace ocho meses la niña tuvo fiebre y en un primer examen médico se hizo ya diagnóstico de quiste hidatídico del hígado. Desde entonces hasta la fecha no ha sentido ningún dolor; solo tuvo ligeras descomposturas intestinales.

Estado actual. — Niña en regular estado de nutrición; al examen presenta macicez en el vértice izquierdo y en la base derecha de los pulmones con disminución del murmullo y entrada de aire. En el lóbulo izquierdo del hígado se palpa un tumor redondeado, liso, renitente.

La placa radiográfica obtenida, enseña con toda nitidez dos sombras hidatídicas, una en cada pulmón.

En el pulmón derecho, las tres cuartas partes inferiores de la claridad del órgano están ocupadas por una sombra redondeada, que se extiende en altura desde la 4ª costilla hasta la cúpula diafragmática y en ancho desde la sombra proyectada por la columna hasta el límite externo de la caja torácica. Por arriba, esta sombra muestra un límite convexo que contrasta con la claridad del pulmón correspondiente al vértice. Por abajo la sombra se confunde con la oscuridad del hígado, quedando, sin embargo, libre el seno costo-diafragmático.

En el pulmón izquierdo hay igualmente otra sombra que se extiende desde el vértice hasta la 8ª costilla. El borde inferior de esta sombra es redondeado y como trazado al compás, contrastando con la claridad de la base del pulmón. Es de notar que la cúpula diafragmática izquierda se eleva más que la cúpula diafragmática derecha.

Octubre 21|1914. — Operación: Incisión por fuera de la tetilla, línea axilar anterior izquierda. Se reseca la 2ª costilla en una extensión de 4 ctms., se evacúa el líquido y se extrae la membrana germinativa de una hidátide limpia fija a la pared; se deja drenaje con gasas.

Noviembre 16|1914. — El estado general empeora; hay

enflaquecimiento rápido, temperatura de 38º a 39º. La herida supura poco y no parece ser la causa de la temperatura. Se resuelve intervenir la hidátide del pulmón derecho.

Noviembre 21|1914. — Se opera el quiste de la base derecha del pulmón. Anestesia clorofórmica ligera: resección de 5 ctms. en la 8ª costilla, línea axilar posterior. Fijación del pulmón a la pared, incisión y drenaje de una hidátide del tamaño de una naranja grande y a contenido turbio. Drenaje con gasas.

Diciembre 1º|1914. — La enferma sigue empeorando. Hay temperatura. Pulso muy poco tenso.

Diciembre 10|1914. — La enferma fallece, con el cuadro de una miocarditis infecciosa. No hay autopsia.

OBSERVACION Nº 20.

Nombre, A. D. C. — Edad, 11 años. — Sexo, masculino. — Año 1916.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo, hígado y bazo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Criado a pecho hasta los diez meses; no ha tenido enfermedades de mayor importancia. Ha vivido siempre en el campo. Hace tres meses comenzó a sentir dolores y cierto malestar que no sabía precisar, estando decaído; tenía un poco de fiebre y llamaba la atención su palidez y el rápido enflaquecimiento. Hace un mes tuvo, al toser, una expectoración con una poca cantidad de sangre roja; esta expectoración se repitió dos o tres veces más, presentándose después de haber andado a caballo y de experimentar frío. Tuvo una ligera ictericia, hace unos días.

Estado actual. — Niño en regular estado de nutrición. Coloración de la piel y mucosas normales. Lengua ligeramente saburral. Buen desarrollo óseo y muscular. Cabeza, cara y cuello normales.

En el examen del aparato respiratorio se nota que a la altura del tercio inferior de la escápula izquierda, en el espacio comprendido entre la escápula y la columna vertebral, hay una zona de unos 5 ctms. de diámetro, en la que se nota una disminución del murmullo vesicular y de las vibraciones, así como una ligera macicez. En el examen del corazón nada anormal. En el abdomen se encuentra el hígado aumentado de volumen. Su límite superior se percute a la altura del 5º espacio intercostal y el borde inferior al nivel del ombligo; hacia la izquierda este borde inferior descendido se extiende hasta la línea mamaria. A la palpación del hígado se notan tres elevaciones tumorales; una en el hipocondrio izquierdo, otra por encima del borde inferior en la línea media y otra por debajo de los arcos costales derechos. Sistema nervioso normal.

Examen de sangre: Hemoglobina 75%. Glóbulos rojos 4.560.000. Glóbulos blancos 8.500. Relación globular 1 x 536. Valor globular 0,83. Retículo escaso. Polinucleares 73%. Mononucleares 0%. Forma de transición 0% Leucocitos 26%. Eosinófilos 1%.

Examen de orina: Caracteres físicos: Cantidad 200 gramos. Color ámbar claro. Aspecto límpido. Sedimento escaso. Espuma blanca. Reacción neutra. Densidad a 15º, 1006.

Examen químico: Acido fosfórico total 0.50. Elementos fijos 13.98. Albúmina no hay. Glucosa no hay. Examen microscópico. Abundante mucus y granulaciones de uratos de sodio.

Reacción Imaz-Lorentz: negativa.

Examen radiográfico: La radiografía obtenida, por delante, enseña una sombra redonda situada en el tórax izquier-

do; su borde superior convexo alcanza hasta la sombra de la 5ª costilla; su borde inferior, convexo también, llega a la sombra de la 9ª costilla. El límite externo de la sombra deja entre él y el límite externo de la caja torácica una zona de claridad pulmonar. El límite interno se confunde por dentro con la sombra cardíaca, produciéndose un refuerzo del tono de la sombra en el sitio de la superposición.

Muestra también la radiografía una ligera elevación y reforzamiento de la cúpula diafragmática izquierda, originada seguramente por la hidátide desarrollada en el polo superior del bazo.

Junio 16|1916. — Operación: Se hace una incisión de 4 ctms. sobre la 5ª costilla, a partir del borde interno del omóplato y dirigida hacia la columna vertebral. Se llega a la costilla y se reseca esta en unos 3 ctms., después de haberla deperiostado. Se efectúa a este nivel una punción que retira líquido cristal de roca a poca distancia de la pleura parietal. Se incinde profundamente evacuando el contenido líquido de una hidátide, del tamaño de una naranja. Como no hay adherencias pleurales se fija el pulmón a la pared con puntos de catgut. La membrana germinativa no sale entera sinó en pequeños trozos retirados con pinzas. Con una gasa enrollada en una pinza se hace una maniobra de tirabuzón tratando de retirarla toda. Después de varias tentativas se consigue dejar limpia la cavidad quística; se deja drenaje de gasas.

Junio 7|1916. — La tarde de la operación ha tenido 38º de temperatura; al día siguiente 39º. Estado general bueno. No hay tos ni expectoración sanguinolenta.

Junio 26|1916. Muy buen estado general; escasa temperatura; supura menos. Se alimenta mejor.

Agosto 6|1916. — Sigue en muy buenas condiciones generales; la herida cicatrizada.

Agosto 9|1916. — 2ª Operación: Se operan sus hidátides hepáticas. Bajo anestesia clorofórmica, se hace una laparato-

mía mediana, se extraen 3 hidátides limpias y del tamaño de una naranja, cuyas respectivas cavidades se cierran y fijan al plano peritoneo-muscular. Sutura de la pared. En esta intervención se comprueba que queda aún otra hidátide alojada en el bazo.

Septiembre 2|1916. — Desde que se operó ha seguido con fiebre que se hace hoy más elevada. Está muy dolorido y con reacción inflamatoria local. Se reabre la cicatriz y de la bolsa correspondiente a la hidátide del lóbulo derecho sale gran cantidad de pus. Se deja drenaje.

Septiembre 5|1916. — La fiebre ha bajado. El estado general es bueno, pero aún supura mucho.

Septiembre 27|1916. — Sigue bien y sin fiebre; buen estado general.

Octubre 6|1916. — Operación: Incisión transversal de 12 ctms. de longitud, por debajo del reborde costal. Estando abierta la cavidad abdominal, aparece el polo inferior del bazo. Reconociendo a este órgano se comprueba que, en la cara interna y polo superior, hay un tumor de paredes blancas que punzado da un líquido cristal de roca. Se agranda la incisión de la pared para facilitar su extirpación; se extrae la membrana germinativa del tamaño de una naranja y se cierra la bolsa quística, con catgut, fijándola a la pared. Se sutura la pared abdominal. A los 15 días de la intervención el niño está curado.

OBSERVACION Nº 21.

Nombre, D. A. — Edad, 12 años. — Sexo, masculino. — Año 1916.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón derecho, del hígado y del bazo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia. Los padres vivos y sanos.

Antecedentes personales. — Las personas que acompañan al niño no suministran datos anamnésicos. Dicen, no obstante, que hace recién cinco días que se han apercibido del tumor que presenta en el flanco izquierdo y esto porque comenzó a sentir dolores en dicha región.

Estado actual. — Niño en regular estado de nutrición; ha perdido peso en este último tiempo. Coloración normal de la piel y de las mucosas. Buen desarrollo óseo y muscular. Cabeza y cuello normales, cara normal. Organos torácicos normales. A la inspección del abdomen se nota, en el hipocondrio izquierdo, un ligero levantamiento de la pared. Palpando se percibe un tumor del tamaño de un puño, resistente, de superficie regular que sigue las excursiones respiratorias y que produce al desplazarse un frote peritoneal. Este tumor, del tamaño de una naranja, parece hacer cuerpo en el bazo, cuyo polo superior se percute, en la línea axilar, a la altura del 6º espacio intercostal. El tumor llega hasta unos cuatro traveses de dedo por debajo del reborde costal en la línea mamaria y alcanza hacia la derecha la línea media. En el hipocondrio derecho se palpa otro tumor redondeado, un poco más pequeño que el anterior, que hace cuerpo con el hígado; el límite superior de este órgano se percute al nivel del 5º espacio intercostal y su borde inferior sobrepasa el arco costo-

condral en unos cuatro traveses de dedo. El espacio de Traube está libre. Aparato gastro-intestinal normal. Sistema nervioso sano. Extremidades normales.

Diciembre 11|1916. — Examen de orina. Color ámbar. Aspecto límpido. Sedimento nulo. Espuma blanca. Reacción alcalina. Densidad a 15° c. 1.010. Urea—. Acido úrico 22%. Acido fosfórico total 1% Cloruros 5%. Elementos fijos 25.63. Albúmina no hay. Glucosa vestigios. Examen microscópico. Cristales de fosfatos triples. Granulaciones de uratos. Cristales de ácido úrico. Levaduras y microorganismos.

Reacción de Imaz-Lorentz: Positiva.

Diciembre 19|1916. — Operación: Bajo anestesia clorofórmica se hace una incisión paralela al reborde costal izquierdo, que interesa piel y tejido subcutáneo, músculos, aponeurosis y peritoneo. Puesto el bazo al descubierto se encuentra una hidátide del tamaño de una huevo de avestruz en el polo inferior. Se punza y vacia con el trócart. Se extrae la membrana germinativa. Se limpia con gasas la cavidad y se cierra fijándola con catgut a la pared. Se reconstruye la pared abdominal suturándola.

Diciembre 31|1916. — Sin ninguna novedad; la herida cicatriza por primera intención.

Enero 3|1917. — Se da de alta curado. La cicatriz ha cerrado de primera. El estado general del niño es muy bueno; volverá dentro de un mes para someterse a la otra operación que requiere el quiste hidatídico del hígado.

Febrero 1|1917. — Reingresa para ser operado. Se advierten ahora dos quistes en el hígado, palpables, el uno en la región epigástrica y el otro en el hipocondrio derecho, llegando este último hasta la altura del ombligo.

Febrero 8|1917. — Operación: Bajo anestesia clorofórmica, se hace una incisión, paralela al reborde costal derecho, que partiendo de la región epigástrica se extiende en unos 10 ctms. hacia la línea mamaria derecha. Aislada la cavidad

abdominal con compresas, se vacia con el trócart una hidátide del tamaño de una naranja, ubicada en la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado. Se extrae la germinativa, se reseca en parte la bolsa quística y se cierra con catgut. Acto continuo se procede en la misma forma con una otra hidátide de igual tamaño que se encuentra en la cara inferior del lóbulo derecho. Las cavidades de ambas cerradas se fijan a la pared. Se reconstruyen los planos musculares y se sutura la piel sin dejar drenaje.

Febrero 18|1917. — De alta, curado.

Mayo 14|1917. — Reingresa a la sala por haber estado con temperatura, expectoración sanguinolenta y disnea.

Estado actual. — Sus heridas operatorias bien. Al examen de sus pulmones se nota una submacicez que comienza a la altura de la 5ª costilla en la línea paravertebral, llega a su máximum en la 6ª y disminuye luego hacia la base del pulmón, en el lado derecho. La auscultación en este sitio da una disminución del murmullo vesicular. Dos punciones practicadas en este lugar resultan negativas. La radiografía parece mostrar la sombra de otra hidátide, vaciada ya, y ubicada en el pulmón derecho en el sitio de los signos físicos. El niño no tiene ya temperatura ni tos, pero por los datos anamnésicos recientes, proporcionados por la madre, se sabe que ha habido, un mes antes, una evacuación expontánea de la hidátide, cuyos rastros pueden aún descubrirse en la radiografía. Como el niño no presenta ninguna sintomatología actualmente, se le da de alta, ocho días después, en muy buen estado.

OBSERVACION Nº 22.

Nombre, M. A. G. — Edad, 12 años. — Sexo, masculino. — Año 1917.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Nacido a término. Tomó pecho hasta los tres meses; tuvo sarampión hace once años y coqueluche hace diez. Viene de la campaña.

Su enfermedad pasaba desapercibida hasta hace un mes, que siente dolor en el vientre hacia el lado izquierdo; hace cinco años, sin embargo, fué visto ya por médicos, quienes le diagnosticaron un quiste hidatídico del pulmón. Refiere la madre, que el niño hace tiempo tuvo una vómica, en la que arrojó una sustancia como clara de huevo cocida; desde entonces le quedó, por un tiempo, mucha tos. Partiendo de esa época hasta la fecha sólo acusa dolor de los flancos, más acentuado en el hipocondrio izquierdo.

Estado actual. — Buen estado general; buen estado de nutrición. Tinte normal de la piel y mucosas. Buen desarrollo óseo y muscular. Regular panículo adiposo. En el examen de la cabeza y cuello nada de especial.

En el tórax, a la inspección, se nota un ligero abovedamiento en la base lateral derecha que termina más o menos a la altura del 6º espacio intercostal. A la auscultación se percibe el murmullo vesicular normal, tanto en uno como en otro pulmón. La auscultación del corazón da tonos normales.

En la palpación del abdomen se nota, en el hipocondrio derecho, un tumor redondeado que sigue los movimientos respiratorios y que hace cuerpo con la cara inferior del hígado, dirigiéndose hacia abajo y hacia adentro y alcanzando la línea

media a dos traveses de dedo por arriba de la línea umbilical. En el epigastrio se nota otro tumor que hace cuerpo con el lóbulo izquierdo del hígado y que sigue con este las excursiones respiratorias. El hipocondrio izquierdo se encuentra libre. Espacio de Traube normal. Bazo un poco grande. Extremidades sanas. Sistema nervioso normal.

Abril 19|1917.— Operación: Bajo anestesia clorofórmica, se practica una incisión, en la línea media, de 8 ctms. de longitud. Se corta piel y los planos superficiales; se llega al peritoneo, se incinde, se aisla el campo, y aparece un tumor que sigue los movimientos respiratorios; se punza, saliendo un líquido amarillo, espeso, coloreado por la bilis. Se incinde la pared y se extrae la membrana germinativa; se sutura la quística abierta a la pared abdominal.

El examen de sangre practicado antes de la operación da el siguiente resultado: Hemoglobina 80%. Glóbulos rojos 4.140.000. Glóbulos blancos 5.200. Relación globular 1 blanco x 769 rojos. Valor globular 0,97. Equilibrio leucocitario: Polinucleares 78%. Mononucleares 4%. Forma de transición 1%. Linfocitos 17%. Eosinófilos no hay.

Examen de orina: Color ámbar. Aspecto turbio. Sedimento abundante. Espuma blanca. Reacción alcalina. Densidad a 15° c. 1.019. Acido úrico 0,38. Fosfórico total 2.50. Cloruros 13. Elementos fijos 44.27. Albúmina no contiene. Abundantes cristales de uratos. Cristales de fosfatos simples.

Julio 12|1917. — De alta, curado.

OBSERVACION Nº 23.

Nombre, J. G. — Edad, 6 años. — Sexo, masculino. — Año 1918.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos; siete hijos vivos, uno muerto.

Antecedentes personales. — Criado a pecho hasta los nueve meses. Ha tenido tos convulsa. Su enfermedad comenzó hace un año; notaron los padres, desde entonces, un tumor en la región del hipocondrio derecho. Ha tenido algunos vómitos. No ha habido urticaria ni repugnancia por las grasas. Tos húmeda.

Estado actual. — Buen estado general. Buen esqueleto; panículo adiposo escaso; piel elástica. A la inspección se nota en la región del hipocondrio derecho una tumefacción del tamaño de una cabeza de feto, redondeada, lisa e indolora. El borde izquierdo de este tumor llega hasta la línea media y su borde inferior alcanza la altura de una línea transversal que pasara por el ombligo. En la línea media, a un través de dedo por encima del ombligo, se observa otro tumor más pequeño, del tamaño de un huevo de gallina, y que en los movimientos respiratorios se hace más proeminente; está fijo al borde inferior del hígado.

En el hipocondrio izquierdo se observa aún, otro tumor más del tamaño de una nuez. El abultamiento por él determinado se percibe sobre todo a 1 ctm. por dentro de la línea mamaria izquierda. A la percusión los tres tumores dan sonido mate y no presentan frémito hidatídico. La percusión del hígado da su borde superior, lado izquierdo, en el 4º espacio intercostal y en el lado derecho en el 6º espacio intercostal.

El borde inferior del hígado llega a la derecha hasta una línea que atraviesa el ombligo transversalmente; en la línea media alcanza solo a un través de dedo por encima del ombligo: este borde es romo e irregular.

El examen del pulmón izquierdo muestra vibraciones vocales normales. A la percusión da sonoridad normal. A la auscultación buen murmullo vesicular. La expiración, sin embargo, algo disminuída. El examen del pulmón derecho, por detrás y abajo, ofrece a la percusión un sonido mate. Las vibraciones vocales disminuídas. El corazón no ofrece nada particular; la punta late, a 1 ctm. por fuera de la línea esternal izquierda. El espacio de Traube está mate.

Examen de orina: Acida. Densidad 1,026. Acido fosfórico 2.10. Cloruros 15.30. Albúmina, glucosa y bilis: no contiene.

Observación microscópica: escasos elementos celulares. Granulaciones de uratos.

Examen de sangre: Hemoglobina 75%. Glóbulos rojos 4.480.000. Glóbulos blancos 10.200. Relación globular 1 x 468. Valor globular 0.79. Polinucleares 64%. Mononucleares 3%. Linfocitos 33%.

Septiembre 28|1918. — Operación: Se practica una incisión transversal siguiendo el reborde costal; se abre la piel, planos musculares y peritoneo e inmediatamente aparece un quiste que se punza con un trócart, dando salida a una abundante cantidad de líquido cristal de roca. Se incinde y se extirpa la membrana fértil, se lava con éter la cavidad quística y se la cierra fijándola a la pared. Se va en busca de la otra hidátide que está en la línea media, la cual se pone a descubierto y se extirpa toda, con su bolsa quística (era del tamaño de un huevo de gallina); se hace una sutura del hígado. Se agranda la incisión de la piel y planos musculares para poder abordar el tercer quiste que está en el borde izquierdo del hígado; una vez puesto a descubierto se vacia,

dando salida a varios centenares de vesículas hijas de tamaño bastante uniforme (petits pois). El líquido que queda aún es amarillento y turbio. Este último quiste, previo lavaje de su cavidad con éter, se marsupializa. Se cierra el resto de la pared.

Septiembre 30|1918. — El enfermo no se repone del schok operatorio. Hay pulso débil y disnea.

Octubre 1|1918. — Sigue en mal estado, falleciendo por la noche.

Octubre 2|1918. — Autopsia. Peritonitis fibrinosa. Pleuresía fibrinosa, más extendida del lado derecho. Hidro-apéndice. Quiste hidatídico en la base del pulmón derecho. Congestión pulmonar. Quiste hidatídico en la cara superior del hígado del tamaño de una naranja. Gastro-éntero colitis catarral. Tres cavidades quísticas en el hígado.

OBSERVACION Nº 24.

Nombre, D. S. — Edad, 7 años. — Sexo, femenino. — Año 1917.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Criada a pecho durante un año y medio. Nunca ha estado enferma. Proviene del campo. Hace quince días que comenzó su mal actual con temperatura, tos persistente y húmeda. Examinada por un médico comprueba un tumor, probable quiste hidatídico del hígado, por lo cual la envía a este Hospital. Se ignora el diagnóstico que se hizo de la afección pulmonar. Hace siete días, refiere la madre, tuvo una vómica abundante en medio de un acceso de tos con gran estado de angustia, tanto que creía que se moría;

al día siguiente, no obstante, se encontraba mucho mejor. La sustancia vomitada era líquida mucosa y de color verdoso.

Estado actual. — Mal estado de nutrición; facies abatida y cianótica. El examen del aparato circulatorio revela un miocardio fatigado, con tonos apagados; pulso frecuente y con marcada hipotensión.

La percusión de ambos pulmones da sonoridad; las vibraciones algo aumentadas en el lado izquierdo. La auscultación permite apreciar frotes en ambos lados y soplo anfórico que se ausculta en la axila y en el tercio superior del pulmón izquierdo, por detrás. Hay temperatura y disnea.

Vientre normal en su funcionamiento. El hígado descendido a causa de un tumor redondeado que se asienta en la parte ántero-superior del órgano.

Septiembre 26|1917. — El estado pulmonar ha mejorado muchísimo; se oyen pocos frotes y rales. El soplo ha desaparecido. El pulso ha mejorado mediante una dosis de digitalina. La temperatura desciende.

Examen de sangre: Hemoglobina 100%. Glóbulos rojos 4.840.000. Glóbulos blancos 12.800. Relación globular 1 x 308. Valor globular 1.04. Polinucleares 74%. Mononucleares 3%. Forma de transición 1%. Linfocitos 21%. Eosinófilos 0%.

Reacción de Imaz-Lorentz: Positiva.

Octubre 20|1917. — Pasa al Servicio de enfermedades infecciosas a causa de una erupción sarampionosa.

Octubre 30|1917. — Reingresa nuevamente después de diez días.

Diciembre 4|1917. — En vista de que su estado general ha mejorado bastante se resuelve operarla.

Operación: Anestesia clorofórmica. Laparatomía supraumbilical, lateral derecha. Se aborda por delante un quiste grande, del tamaño de un huevo de avestruz, situado en la cara superior del órgano; se extrae la germinativa y un líquido no muy límpido, por lo que se marsupializa. La incisión

del parénquima hepático produce una breve hemorragia, que se cohibe taponando. Drenaje con gasas de la cavidad.

Diciembre 18|1917. — El estado post-operatorio ha sido malo; la niña se difende mal, por lo que se le efectúan inyecciones repetidas de suero y aceite alcanforado. Se comprueba una placa de noma en la mejilla derecha; se cauteriza con termo-cauterio profundamente. Se hacen inyecciones diversas, pues el estado es muy grave. Pulso sin presión.

Diciembre 22|1917. — Fallece.

Autopsia: Pleuresía adhesiva izquierda. Quiste hidatídico en el vértice del pulmón izquierdo. Focos de bronco-neumonia en ambos pulmones. Miocarditis. Quiste hidatídico supurado del hígado. Congestión esplénica y renal.

OBSERVACION Nº 25.

Nombre, E. S. N.— Edad, 6 años.— Sexo, femenino.— Año 1920.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Nacida a término. Criada a pecho durante un año. No ha tenido ninguna enfermedad infecciosa. Hace un año y medio que nota la madre una tumefacción indolora del hipocondrio derecho que ha ido aumentando cada día. Frecuentemente atacada de icteria, vómitos y diarrea.

Estado actual. — Niña bien desarrollada. Buen estado de nutrición; regular panículo adiposo. Piel blanca y sana. Mucosas rosadas. A la inspección se observa al nivel del hipocondrio derecho un abovedamiento marcado. A la palpación

solo se encuentra el hígado grande. No hay red venosa superficial. El bazo no se palpa.

El examen del aparato circulatorio muestra el corazón, con tonos claros; la punta late en el 4º espacio intercostal, por dentro de la línea mamilar. Pulso regular, igual, buena tensión y de frecuencia normal.

El examen del aparato respiratorio no muestra nada anormal.

Febrero 20|1920. — Operación: Bajo anestesia clorofórmica se practica una laparatomía supra-umbilical; se encuentra un quiste del tamaño de una pequeña mandarina situado en la cara inferior del hígado; se punza, se extrae la membrana, se lava la cavidad con éter y se efectúa la oclusión de la bolsa; se fija al peritoneo parietal y luego se cierra la pared.

Febrero 24|1920. — Se sacan los puntos de la herida, encontrándose esta en perfectas condiciones.

Febrero 26|1920. — Es dada de alta, curada de su afección hepática.

Marzo 22|1920. — Reingresa nuevamente al Servicio por presentar la enferma tos frecuente, fiebre poco elevada, pero continua y expectoración muco-sanguinolenta.

Marzo 27|1920. — En un acceso de tos expulsa un trozo de membrana hidatídica con una ligera hemóptisis. Fatiga, temperatura alta 39º5, mal aliento. A la percusión del pulmón derecho se nota una macicez al nivel de la punta del omóplato, en el espacio inter-escápulo-vertebral. A la auscultación, respiración ruda y rales de distintos tamaños.

La radiografía muestra una hidátide del tamaño de una naranja en la base del pulmón derecho .

Marzo 24|1920. — Operación: Bajo anestesia local (novocaína) se hace una pleurotomía con resección de la 7ª costilla en la extensión de unos 5 ctms.; llegado a la cavidad pleural se fija el pulmón a la pared y se extrae la hidátide que se encontraba supurada; se dejan tubos de drenaje.

Marzo 25|1920. — Sigue en mal estado general, con fatiga acentuada, con temperatura elevada y pulso frecuente y débil.

Marzo 26|1920. — Fallece. Autopsia: Herida operatoria al nivel de la 8ª costilla derecha y herida operatoria en el hipocondrio derecho. Pleuresía purulenta tabicada de la parte superior del pulmón derecho. Cavidad quística vacía en la base del mismo pulmón. Congestión pulmonar. Peritonitis sero-purulenta, aguda. Hipertrofia del hígado y perihepatitis adhesiva. Cavidad vieja de quiste hidatídico en la parte inferior derecha del hígado. Quiste hidatídico no supurado inmediatamente por encima del anterior y que llega hasta la convexidad del hígado. Hipertrofia del bazo y congestión renal intensa.

OBSERVACION Nº 26.

Nombre, R. M. de O. — Edad, 6 años. — Sexo, masculino. — Año 1917.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace cuatro meses comenzó su enfermedad con puntadas de costado en lado izquierdo del tórax; esta puntada era pasajera, duraba cinco o seis horas, volviendo a reaparecer a las dos o tres semanas; tuvo temperatura poco elevada.

Estado actual. — Niño en regular estado de nutrición; esqueleto bien conformado. En el aparato circulatorio nada de particular; en el aparato respiratorio se comprueba ligera disnea; a la palpación y auscultación nada de particular; a

la percusión submacicez en la base del hemitórax izquierdo.

Por la inspección del abdomen se observa un pequeño tumor situado en la región costo-xifoidea izquierda; es del tamaño de una mandarina, sigue los movimientos respiratorios y no es adherente a la piel.

Operación: Anestesia clorofórmica ligera; incisión al nivel de la 6ª costilla izquierda, en la línea axilar media y de 4 ctms. de longitud; se corta piel, tejido celular subcutáneo y se llega así a la costilla, de la que se reseca un segmento de 3 ctms., se hace una punción y la jeringa se llena fácilmente de aire; se incinde las pleuras que están adheridas y se encuentra una cavidad del tamaño de una naranja, en cuyo fondo se encuentra una membrana hidatídica supurada que se extrae; se marsupializa dejando drenaje de gasa y tubo de goma. Apósito seco y vendaje.

Por espacio de dos meses la herida permaneció abierta supurando discretamente. Terminó su completa curación en un sanatorio.

Tres meses después de haber curado de su quiste del pulmón fué intervenido por su quiste del hígado, del que también curó en el espacio de diez días.

OBSERVACION Nº 27.

Nombre, M. V. — Edad, 10 años. — Sexo, masculino.— Año 1921.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del hígado y de ambos pulmones.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Cuatro hijos vivos y sanos.

Antecedentes personales. — Niño nacido a término; padeció de coqueluche a los tres años de edad. Su enfermedad

actual comenzó hace cinco meses con inapetencia, tos y fiebre ligera, síntomas que aún persisten.

Estado actual. — Niño en regular estado de nutrición. Piel morena, mucosas pálidas. Panículo adiposo escaso. Tejido muscular y ósea bueno. Lengua húmeda ligeramente saburral. El examen del tórax revela, por la percusión, al nivel de la axila derecha una zona de submacicez limitada entre las dos líneas axilares y que no se extiende ni por delante ni por detrás. Las costillas en la base forman un abovedamiento bien marcado. No hay modificaciones a la auscultación. Esta zona de submacicez se continúa por abajo con la macicez hepática. En el lado izquierdo, al nivel de la base, se nota un ligero abovedamiento de los arcos costales. En el epigastrio, inmediatamente por debajo del apéndice xifoide, se ve una tumefacción; por la palpación se comprueba que esta tumefacción hace cuerpo con el hígado, siendo de bordes limitados y del tamaño de una naranja; se percibe, también, en ella una sensación franca de renitencia.

Examen radiográfico: La radiografía obtenida muestra claramente la existencia de tres sombras, dos en el pulmón derecho y una en el izquierdo, las que por su forma parecen responder a tres hidátides.

En el lado derecho se observan dos sombras redondeadas, completamente independientes una de otra, desde que la superior aparece en el vértice contra la sombra de la columna, mientras que la inferior se sitúa en la base como descansando sobre la cúpula diafragmática. La sombra superior tiene su mayor eje en el sentido vertical y se extiende en altura desde la 1ª hasta la 7ª costilla; la sombra inferior es más redondeada y su borde inferior toca tangencialmente con la sombra del hígado. El seno costo- diafragmático está libre.

En el lado izquierdo, casi en la base, pero separado de la sombra hepática, hay otra sombra redondeada que, por dentro, se corresponde con la sombra cardíaca. Por arriba y por debajo de esta sombra el pulmón aparece bien claro.

Noviembre 8|1921. — Operación: Resección de la 8ª costilla en la línea axilar posterior del lado derecho; se hacen punciones con resultados negativos; se abre la pleura que no está adherida, se toma el pulmón y se nota entonces que el quiste está situado algo más arriba; se reseca la 7ª costilla y se abre el quiste; se extrae la membrana germinativa y líquido límpido. Se marsupializa a la pared.

Noviembre 10|1921. — El enfermo continúa mejor.

Noviembre 12|1921. — Aparece una difteria grave. Se traslada al pabellón de infecciosas, donde fallece a los dos días.

Autopsia: Faringitis diftérica. Pulmón derecho atelectasiado; presenta en el vértice una cavidad abierta en correspondencia con una incisión operatoria, hacia la base hay un quiste hidatídico del tamaño de un puño, que está en relación con el diafragma y la pared costal, existiendo a este nivel un foco de pleuresía fibrino-purulenta. Ambas hidátides limpias y sin vesículas hijas.

Pulmón izquierdo: el lóbulo superior muy agrandado presenta otro quiste hidatídico de tamaño algo inferior al anterior. Está en relación con el corazón, al que cubre en parte por delante. Corazón: cavidades derechas dilatadas. Miocarditis. Congestión crónica del hígado y bazo. Nefritis parenquimatosa.

OBSERVACION Nº 28.

Nombre, J. S. — Edad, 7 años. — Sexo masculino. — Año 1922.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Ambos padres dicen ser sanos. Tiene dos hermanos sanos y otros dos fallecieron.

Antecedente personales. — Niño nacido a término. Lactancia materna durante diez meses. Ha tenido sarampión hace cinco años. Fué operado ya de un quiste hidatídico del hígado. Comenzó su enfermedad, hace dos meses, con arcadas, inapetencia, algunos días con temperatura, cansancio al menor esfuerzo, tos seca, disnea y dolores en el hipondrio derecho.

Estado actual. — A la inspección del tórax, por su cara posterior, se nota una retracción del lado derecho, y una saliencia compensadora del lado izquierdo; la excursión respiratoria está disminuída en el lado derecho y aumentada en el izquierdo. La percusión pone en evidencia una zona mate en la cara posterior del hemitórax derecho que describe una curva desde la base del pulmón hasta la línea axilar y cuyo punto más culminante llega hasta el tercio medio de la escápula. La auscultación da en esta zona un silencio respiratorio. En el pulmón izquierdo y en el vértice del derecho hay aumento del murmullo vesicular y ligero skodismo. En el adomen el niño presenta en el epigastrio una cicatriz operatoria dejada por la intervención de un quiste hidatídico del hígado. La palpación y percusión del abdomen no revela nada de anormal.

La radiografía del tórax corrobora las anotaciones del examen clínico mostrando la existencia de una gran hidátide en la base del pulmón derecho. El niño está con tos frecuente y expectoración muco-purulenta.

Noviembre 4|1922. — Operación. — Bajo anestesia clorofórmica ligera, se practica una costotomía de la 8ª costilla al nivel de la línea axilar posterior, resecando 5 ctms, de esta. La pleura parietal adhiere plenamente a la visceral. Se hace una punción exploradora, cayendo de inmediato en la cavidad del quiste del que se extraen 3 c.c. de un líquido cristal de roca; se incinde a bisturí el pulmón y se evacúa el contenido; se extrae la germinativa, se limpia la cavidad con gasas secas primero y empapadas de éter después; se deja un drenaje

de gasas. Se suturan los extremos de la herida; se deja un apósito seco. La operación se realizó sin ningún accidente.

Post-operatorio: Se le practican curaciones diarias. El drenaje se hace bien.

Diciembre 22|1922. — Herida cerrada. Dado de alta, curado.

OBSERVACION Nº 29.

Nombre, B. B. — Edad, 10 años. — Sexo femenino. — Año 1925.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado.

Antecedente hereditarios. — Los padres son sanos; tienen cinco hijos vivos.

Antecedentes personales. — Nació a término; fué criada a pecho durante un año; no ha tenido enfermedades infecciosas.

Enfermedad actual. — Desde hace un mes la enferma experimenta un malestar general, decaimiento y fiebre; está inapetente y se queja de dolores en el hipocondrio derecho lo que llamó la atención de su familia hacia esa región, notando, entonces, en ella, la presencia de un tumor. La madre refiere que la enfermita ha tenido hace unos cinco días esputos sanguinolentos.

Estado actual. — Niña en buen estado general y de nutrición, panículo adiposo discreto, buen desarrollo óseo y muscular. La faringe está ligeramente congestionada y las amigdalas están hipertrofiadas.

El examen del aparato respiratorio muestra a la inspección que hay una disminución de la excursión respiratoria en el hemitórax derecho. Por la palpación se observa que las

vibraciones vocales están disminuídas en la base del pulmón derecho. A la percusión se comprueba una franca macicez en la base pulmonar derecha cuya parte superior sigue una línea convexa hacia arriba que comienza en la parte posterior a nivel de la 6ª vértebra dorsal; de allí asciende y alcanza su punto culminante al nivel de la línea axilar posterior, para descender luego bruscamente hasta confundirse con la macicez hepática al nivel de la línea axilar media. El vértice del pulmón derecho y el del izquierdo dan sonoridad exagerada. Auscultando se nota que existe una atenuación del murmullo vesicular exagerada. Auscultando se nota que existe una atenuación del murmullo vesicular en la base del pulmón derecho; en el límite superior de la macicez ya citada de este lado, se siente un ligero soplo expiratorio; en el vértice la respiración es vicariante lo mismo que en el lado izquierdo.

Al examen del abdomen se aprecia una tumoración, del tamaño de un huevo de gallina, en el hipocondrio derecho; esta tumoración excursiona con los movimientos respiratorios. Por la palpación se nota el tumor ya citado que es del tamaño de una naranja, indoloro, sin adherencias a los planos superficiales y que parece continuarse hacia arriba con la glándula hepática; es renitente; con escaso desplazamiento lateral, pelotea a la palpación bimanual y es de superficie lisa y regular Percutiéndolo se observa que el tumor es mate; su macicez se continúa con la hpática. No hay frémito hidatídico ni signo de Santini.

La radiografía enseña una sombra obscura ocupando en sus dos tercios inferiores el lado derecho del tórax; la propia caja torácica aparece en ese sitio un poco ensanchada. La gran sombra no presenta límites bien definidos por dentro donde se confunde con la sombra de la columna, ni por fuera, donde alcanza hasta el límite de la caja. Por debajo, tampoco la sombra deja solución de continuidad entre ella y la gran sombra proyectada por el hígado. Es únicamente por arriba,

al nivel de la 4ª costilla, donde se aprecia su límite constituído por un segmento de círculo, por encima del cual la claridad pulmonar correspondiente al vértice forma como un casquete sobremontando a la gran sombra que ocupa casi todo el campo.

El examen radioscópico muestra en la pantalla que al efectuar la enferma inspiraciones profundas, se interpone entre la sombra pulmonar y la hepática una zona clara.

Examen de orina 11|VI|1925. — Color ámbar. Aspecto límpido. Resíduo fijo 46.60. Acido úrico 0, 30. Cloruros 5,30. Fosfatos 1.50. Albúmina no hay. Sedimento escaso. Espuma blanca. Reacción ácida. Densidad 1.020.

18|IX|1925. — Color ámbar. Aspecto límpido. Resíduo fijo 23.30. Acido úrico 0.20. Cloruros 7.50. Fosfatos 0.60. Albúmina no hay. Sedimento escaso. Espuma blanca. Reacción ácida. Densidad 1.018.

Escasas células epiteliales. Hay poco uratos y cristales, carbonato de calcio. Microorganismos.

Examen de sangre: 8|IV|1925. — Hemoglobina 80%. Glóbulos rojos 4.400.000. Glóbulos blancos 12.000. Neutrófilos 54%. Eosinófilos 5%. Relación globular 1 × 368. Valor globular 0.99. Linfocitos 42%.

20|IV|1925. — Examen de sangre: Hemoglobina 85%. Glóbulos rojos 4.780.000. Glóbulos blancos 9.400. Neutrófilos 59%. Eosinófilos 1%. Relación globular 1 × 508. Valor globular 0.90. Lifocitos 40%.

Abril 25|1925.— Operación. Anestesia local con novocaina y adrenalina. Posición sentada. Se efectúa una incisión cutánea sobre la 7ª costilla al nivel de la línea axilar posterior; llegados al plano óseo, se incinde el periostio, se le separa de la costilla y se reseca en una extensión de unos 6 ó 7 ctms.; al observar el periostio y pleura parietal unidos no se nota, a través de ellas, que el pulmón excursione por lo que se piensa que aquél está adherido a ese nivel. Se efectúa una punción del pulmón al nivel de la costilla resecada

y se obtiene en la jeringa un líquido cristal de roca perfectamente transparente y límpido. Se incinde el pulmón al nivel de la punción y comienza a salir líquido hidatídico, pero al mismo tiempo se produce un neumotórax que la enferma resiste sin mayor disnea. Probablemente el pulmón no excursionaba al nivel de la costilla resecada por la inmediata vecindad del quiste haciéndonos creer que existía una adherencia pleural. Al producirse el neumotórax el pulmón se retrae en parte solamente, por la presencia en su parénquima del quiste que no es suceptible de retracción. Aprovechando un movimiento de inspiración, en el cual el pulmón se acerca a la incisión torácica, se pinza el labio superior de la incisión efectuada en el quiste atrayéndolo a la herida para pinzar luego todo el contorno de la abertura quística. Se extrae la membrana germinativa en una sola pieza y se seca la cavidad quística y la cavidad pleural no encontrándose vesículas hijas. Se marsupializa el quiste y se deja en él dos gasas de drenaje y otra gasa en la cavidad pleural. Como el pulso de la enferma es algo hipotenso y frecuente se le administra una inyección de 5. c.c. de aceite alcanforado.

Abril 28|1925. — Post-operatorio. Tiene fiebre que oxila de 38º a 39º, y diariamente; el pulso es frecuente y algo hipotenso, disnea moderada. Comienza el líquido de drenaje a enturbiarse. Digitalina 5 gotas diarias.

Mayo 5|1925. — Sigue en el mismo estado, la cavidad quística supura francamente. Por encima del quiste la sonoridad pulmonar está conservada.

Mayo 16|1925. — La temperatura es elevada, la enferma ha adelgazado mucho. Sigue supurando. Vacuna Prona. Tónicos.

Mayo 13|1925. — El estado general es mucho mejor; ha subido de peso, casi no tiene fiebre y supura mejor el quiste.

Mayo 28|1925. — Desde hace tres días vuelve a ascender la temperatura, está con fatiga, el pulmón derecho es mate

a la percusión en casi toda su extensión; el murmullo vesicular está muy atenuado, no hay ruidos sobreagregados. Fomentos y ventosas. Digitalina 5 gotas diarias.

Junio 9|1925. — Operación. Anestesia etérea poco profunda. Se punza previamente la cavidad pleural, por delante, al nivel de la línea axilar anterior del tórax sobre la 5ª costilla extrayéndose pus. Se incinden los planos blandos sobre la 4ª costilla en la parte anterior del tórax; se incinde el periostio y con la legra se le separa de la costilla que luego se reseca en toda la extensión de la incisión. Se abre la cavidad pleural saliendo abundante cantidad de pus. La cavidad pleural se extiende hacia abajo y afuera pero sin llegar hasta el fondo costo-diafragmático de manera que forma una colección enquistada. Se deja drenaje con gasa.

Junio 11|1925. — Post-operatorio bueno; bajó un poco la temperatura.

Junio 20|1925. — La temperatura siguió disminuyendo, las heridas supuran regularmente. Hoy le aparecen vesículas de varicela y tiene 38°.

Junio 24|1925. — La varicela es muy intensa; presenta gran cantidad de verico-pústulas; está decaída y con mucha fiebre 39° 8.

Junio 29|1925. — Mejora de la varicela. Desciende el estado febril a 37° 5.

Julio 15|1925. — Vuelve a subir la temperatura. Las heridas supuran poco y drenan bien.

Agosto 2|1925. — Sigue la hipertemia. Hace unos días que tiene diarrea, 5 ó 6 deposiciones diarias. Se indica tanalbina y subnitrato de bismuto.

Agosto 9|1925. — Sigue la fiebre y la diarrea. Desde ayer acusa dolores abdominales. Al examinar el vientre se comprueba el aumento de tamaño del quiste que la enferma tiene en el hígado y que la presión es dolorosa en ciertos puntos. El resto del abdomen es normal e indoloro.

Agosto 11|1925. — A las dos horas, la enferma se queja

de violentos dolores abdominales en forma de cólicos. Tiene un vómito citrino. En uno de los cólicos manifiesta deseos de defecar y al hacerlo elimina un quiste hidatídico del tamaño de un coco, sin desgarramiento de su membrana germinativa y con líquido en su interior. Después de esto la enferma se siente mejor y no tiene más dolores abdominales.

Agosto 15|1925. — Desde la expulsión de la hidátide no tiene fiebre.

Septiembre 3|1925. — Su estado general ha mejorado mucho; empieza a levantarse. Apirexia.

Septiembre 20|1925. — De alta, curada; debe volver dentro de un mes. Se obtuvo una otra radiografía que muestra la curación de las lesiones pulmonares y pleurales.

Enero 13|1926. — Es examinada nuevamente en la sala. Presenta un excelente estado general; ha aumentado 6 kilos de peso. En el abdomen no se palpa ninguna tumoración. El examen de los pulmones no revela ninguna anomalía.

OBSERVACION Nº 30.

Nombre, C. V. F. — Edad, 5 años. — Sexo masculino. — Año 1923.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos del pulmón izquierdo y del hígado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión a los dos años.

Enfermedad actual. — Al año y medio de edad un médico informó que tenía el hígado inflamado. A los dos años tuvo ictericia franca. Después siguió bien. Hace dos meses tuvo tumefacción en las rodillas y muñecas, que no se acompañaron de fiebre. Días después un médico comprueba urticaria generalizada, con mucha fiebre. Cede a los dos o tres días. Se

le prescribe un tratamiento con "Elixir Soubeiran", que se suspende días después porque vuelve a tener fiebre; junto con la fiebre ha tenido dolores abdominales difusos y esputos de carácter hemoptoico que se han hecho purulentos después. Ha tenido también tinte subictérico.

Estado actual. — Enfermo en buen estado de nutrición, la cara ligeramente hinchada y con edema franco de los párpados inferiores. Tinte ligeramente anémico de la piel. Pulso en buena tensión, rítmico e igual. Corazón normal.

El examen del aparato respiratorio, a la inspección, muestra en todo el tórax, por detrás y por delante, una fina y abundante circulación colateral. Excursión respiratoria y vibraciones normales. A la auscultación gruesos roncus en ambos pulmones. Por la percusión, nada anormal. El abdomen, globuloso y timpánico; no doloroso. El hígado se percute al nivel de la 4ª costilla en la línea mamilar, por arriba, y a 5 ctms. por debajo, del reborde costal. La palpación demuestra un hígado blando, liso. El bazo no se palpa.

Examen de sangre: Glóbulos rojos, 3.340.000. Glóbulos blancos, 9.400. Polinucleares, 64 %. Eosinófilos, 1 %. Linfocitos, 33 %. Mononucleares, 2 %.

En las materias fecales no hay huevos ni parásitos.

A los quince días de estar en el Servicio tiene una abundante vómica purulenta. En los esputos se observan ganchos de equinococus.

Reacciones de Casoni y de Imaz-Lorentz, positivas francas.

La radiografía obtenida muestra un hígado un poco grande y una sombra difusa en la parte media del pulmón izquierdo.

Agosto 1|1923. — Operación: Bajo anestesia clorofórmica se practica una incisión paramediana derecha. Llegado a la cavidad abdominal y explorado el hígado, se encuentra en su cara inferior, región posterior, un tumor hidatídico del tamaño de una naranja. Punzado y reconocido limpio, se resuelve

su extirpación, previo aislamiento con gasas del resto de la cavidad. Se extrae la membrana completa. Se suturan los planos, previa fijación del hígado a la pared.

Agosto 10|1923. — Los puntos se han soltado y drena por la herida abundante cantidad de bilis. Se coloca un tubo de derivación a un recolector.

Septiembre 15|1923. — La cantidad de bilis queda reducida.

Septiembre 19|1923. — Ya no drena bilis.

Septiembre 24|1923. — Herida cerrada.

Octubre 10|1923. — De alta, curado.

Diciembre 27|1923. — Reingresa a la sala por presentar dolores de vientre, localizados en el flanco izquierdo, que se exageran cuando el enfermo desea evacuar su intestino. El niño se presenta en buen estado general, habiendo aumentado 2 ½ kilos, desde que salió del Servicio. El dolor lo acusa el enfermo, desde hace ocho días, con inapetencia y fiebre, la cual ha llegado hasta 38 ½°.

Estado actual. — A la inspección se nota una proeminencia lateral que deforma el vientre y levanta la base del tórax en el lado izquierdo. A la percusión del hemitórax izquierdo, se nota sonoridad normal, por delante, hasta la altura de la tetilla correspondiente, por debajo de la cual, se transforma en un skodismo muy acentuado que se confunde y continúa hacia abajo con la cámara de aire del estómago. Sobre la línea axilar, la sonoridad es normal en toda su extensión; pero al llegar al reborde costal, la percusión se hace sumamente dolorosa, porque a este nivel se encuentra la tumoración descrita más arriba. La percusión del hemitórax derecho es normal por delante y en la línea axilar. La submacisez absoluta al nivel del 6º espacio intercostal. Por detrás la sonoridad es normal, en el lado izquierdo, hasta el nivel de la 8ª apófisis espinosa dorsal. Del lado derecho llega al mismo nivel. En las inspiracio-

nes profundas se siente una buena excursión diafragmática. A la ausultación, nada de anormal.

En el examen del abdomen se nota, sobre la línea axilar y a nivel del hipocondrio izquierdo, una tumoración superficial, que hace cuerpo con el reborde costal y a cuyo nivel existe un acentuado desarrollo venoso; la piel desliza fácilmente sobre el tumor, que es sumamente doloroso a la palpación, de superficie lisa y redondeada, y ligeramente renitente. En el epigastrio, existe otro pequeño tumor de forma redondeada y lisa, no doloroso y que hace cuerpo con el hígado. La palpación del abdomen resulta dolorosa en todo el cuadrante superior izquierdo y no revela nada anormal en el resto del mismo. Sistema nervioso, locomotor y cardio-vascular normales.

Enero 24|1929. — Operación: Anestesia etérea. Laparotomía paramediana supraumbilical. Puesto al descubierto el lóbulo izquierdo del hígado, se evidencia la existencia de una hidátide del tamaño de una naranja, a gran tensión, que se evacúa con el trócart, extrayendo luego la membrana germinativa. Se reseca en gran parte la quística, se sutura con catgut, y se reconstruye la pared sin dejar drenaje.

Febrero 13|1924. — Es dado de alta, con su herida curada y en buen estado general, pero persistiendo aún un poco de tos quintosa.

INDICE

	Pág.
Introducción	1
Capítulo I. — Consideraciones generales	18
„ II. — Distintas formas de la equinococosis hidatídica pulmonar en la infancia . .	64
„ III. — Diversos aspectos clínicos de la equinococosis hidatídica primitiva pulmonar en la infancia	88
„ IV. — Anatomía patológica	99
„ V. — Sintomatología	160
„ VI. — Diagnóstico	220
„ VII. — Los Rayos Roentgen en el estudio de la equinococosis hidatídica pulmonar . . .	315
„ VIII. — Pronóstico	377
„ IX. — Tratamiento	392
Observaciones clínicas	425

Este libro se terminó de imprimir
en los Talleres Gráficos "Fermi"
el 18 de Junio de 1929.

20.M.64.
Equinococosis hidatidica pulmon1929
Countway Library BEQ4257
3 2044 045 920 642

20.M.64.
Equinococosis hidatidica pulmon1929
Countway Library
BEQ4257
3 2044 045 920 642